

鎌ヶ谷市国民健康保険保健事業実施計画 (データヘルス計画) 第3期

令和6年度～令和11年度



鎌ヶ谷市
令和6年3月

－ 目次 －

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）第3期の概要	3
1 データヘルス計画第3期策定の背景及び趣旨	
2 目的	
3 位置づけ	
4 計画期間	
5 国保データベース（KDB）システムの活用	
第2章 データヘルス計画第2期における取組状況	8
1 データヘルス計画第2期における対策	
2 データヘルス計画第2期における目的の達成状況	
3 主な保健事業の取組状況と評価	
第3章 鎌ヶ谷市の医療・健診情報分析	20
1 鎌ヶ谷市の状況	
2 医療・健康情報の分析	
3 健診情報の分析	
第4章 データヘルス計画第3期の内容	42
1 データヘルス計画第3期における課題及び対策	
2 今後の保健事業計画	
3 その他の保健事業	
【参考資料】県の標準化に伴う共通評価指標一覧	
第5章 データヘルス計画（第3期）における特定健康診査等実施計画（第4期）	58
1 趣旨と位置づけ	
2 特定健康診査及び特定保健指導の対象者と受診者の推計及び目標値	
3 実施方法	
4 特定健康診査及び特定保健指導の委託	
第6章 計画の評価及び見直し	69
1 計画の評価及び見直し	
2 計画の周知	
3 事業運営上の留意事項	
4 個人情報の保護	
5 その他の計画策定にあたっての留意事項	
<用語集>	70
<データヘルス計画の根拠法令>	73

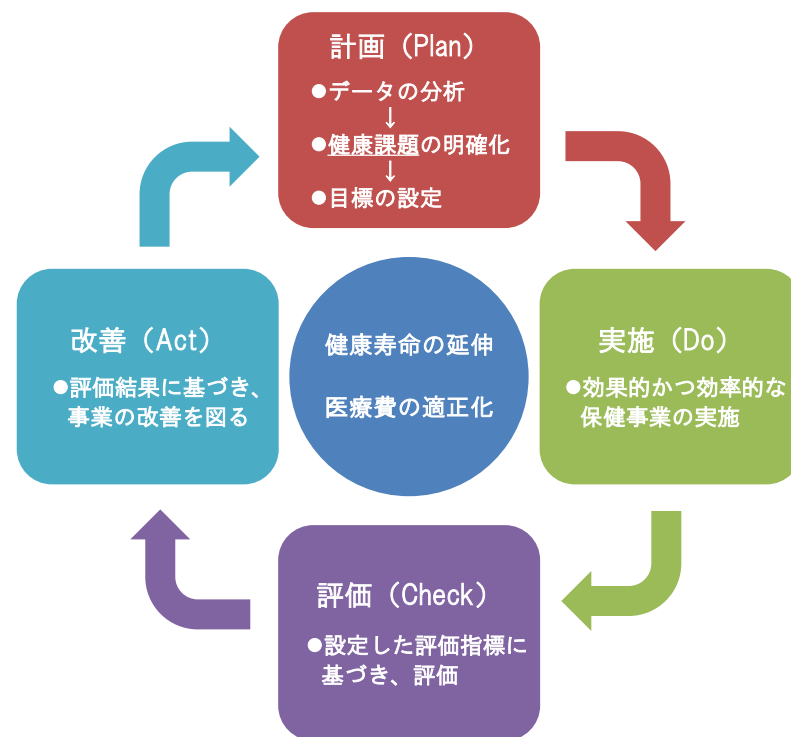
第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）第3期の概要

1 データヘルス計画第3期策定の背景及び趣旨

厚生労働省では、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条第4項の規定に基づき、厚生労働大臣が定める「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（平成16年厚生労働省告示第307号）」（以下「保健事業実施指針」という。）を一部改正し、保険者は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル【図表1】に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うものとした。

そこで、本市においても、保健事業実施指針に基づき、本市国民健康保険の特性を踏まえて、生活習慣病対策をはじめとする健康の保持増進や生活習慣病の重症化予防等保健事業を実施し、被保険者の主体的な健康保持増進により健康寿命の延伸を目指すとともに、医療費の適正化を図ることを目的とし、平成28年に「鎌ヶ谷市国民健康保険保健事業実施計画（以下「データヘルス計画」という。）」第1期を策定した。平成30年度には、データヘルス計画第1期に掲げた目標の達成状況や課題を踏まえ、国民健康保険被保険者の生活習慣病対策をはじめとする健康の保持増進、糖尿病や高血圧症等の重症化予防及びその他の保健事業をより一層効果的に実施し、その評価を行うため、データヘルス計画第2期を策定した。

令和5年度は、データヘルス計画第2期の最終年度に当たることから、計画に掲げた目標の達成状況や課題を踏まえ、保健事業をより一層効果的に実施し、その評価を行うため、データヘルス計画第3期を策定する。計画策定に当たっては、千葉県におけるデータヘルス計画の標準化に基づき、千葉県が提示した共通評価指標の一部を採用した。



【図表1】保健事業のPDCAサイクル

※本文中_____部の語句は70ページ以降の用語集を参照（初出のみ線引き）

2 目的

本計画では、健康・医療情報を活用し、健康課題を明確にした上で、PDCAサイクル〔P3図表1〕に沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施し、被保険者の主体的な健康保持増進により、健康寿命の延伸を目指すとともに医療費の適正化を目的とする。

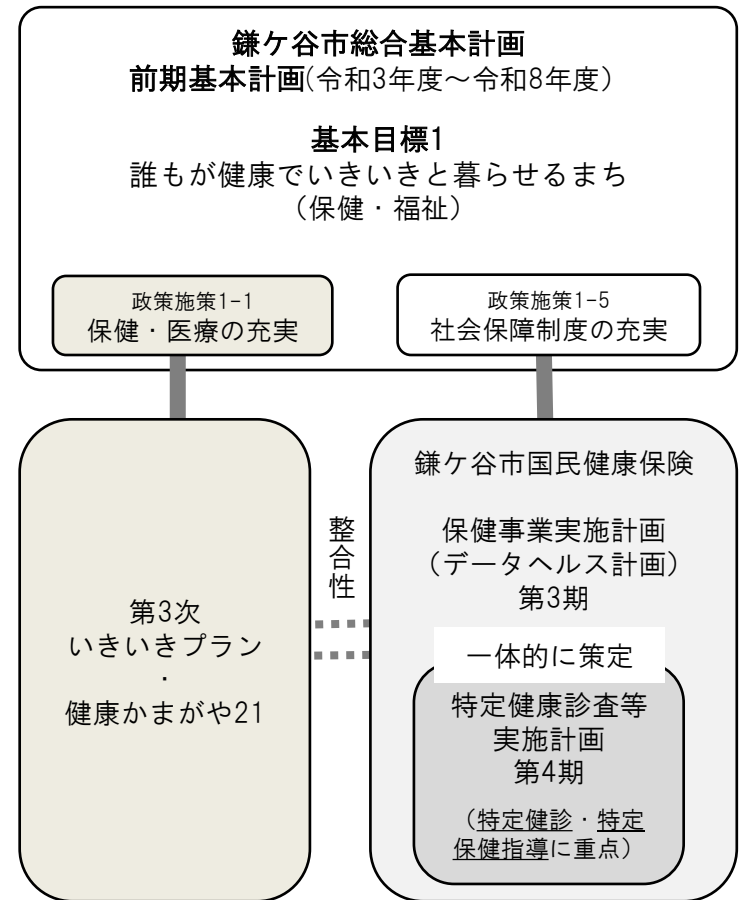
3 位置づけ

本計画は、本市が定めるまちづくりの基本的な方針である「鎌ヶ谷市総合基本計画」前期基本計画の施策1-1-5「社会保障制度の充実」の個別計画として策定する。

また、「鎌ヶ谷市総合基本計画」前期基本計画の施策政策1-1-1「保健・医療の充実」の個別計画であり、本市の健康増進施策の基本的な計画である「第3次いきいきプラン・健康かまがや21」との整合性を図るものとする。

さらに、厚生労働大臣が定める「保健事業実施指針」の一部改正において「可能な限り国民健康保険保健事業実施計画と特定健康診査等実施計画を一体的に策定することが望ましいこと」とされていることから、「鎌ヶ谷市国民健康保険特定健康診査等実施計画（第4期）」と一体的に策定する。

〔図表2・図表3〕



〔図表2〕 データヘルス計画の位置づけ

データヘルス計画の位置づけ

～第3次いきいきプラン・健康かまがや21及び鎌ヶ谷市国民健康保険特定健康診査等実施計画（第4期）との整合性を図るために～

計画名称	対象者	計画策定者	法律	基本的な指針	基本的な考え方
鎌ヶ谷市国民健康保険 保健事業実施計画 (データヘルス計画) 第3期	被保険者全員	医療保険者	国民健康保険法第82条	厚生労働省 保険局 (令和2年4月「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の一部改正」)	<ul style="list-style-type: none"> 健診・医療情報を活用してデータを分析し、被保険者の健康保持増進、生活習慣病の発症や重症化予防等の保健事業を行うことで、健康寿命の延伸を目指すとともに、医療費の適正化を図る。
鎌ヶ谷市国民健康保険 特定健康診査等実施計画 第4期	40～74歳の被保険者	医療保険者	高齢者の医療の確保に関する法律第19条	厚生労働省 保険局 (令和5年3月「特定健康診査計画作成の手引き」)	<ul style="list-style-type: none"> 鎌ヶ谷市国民健康保険の医療費の4割が生活習慣病であること等から、生活習慣病対策が必要である。 メタボリックシンドロームは、糖尿病等生活習慣病の発症や重症化に大きく影響することから、特定健診・特定保健指導は内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防を目的とする。 生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容に繋げることができるよう指導するものである。 そのため、特定健診受診者全員に対してリスクに基づき優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じ「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」に階層化し、経年変化及び、将来予測を踏まえ、ライフスタイルに考慮した保健指導により、糖尿病等生活習慣病の有病者・予備群を減少させることとする。
整合性					
第3次いきいきプラン・健康かまがや21	全年齢	都道府県：義務 市町村：努力義務	健康増進法第8条	厚生労働省 健康局 (令和5年5月「国民の健康増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」)	<ul style="list-style-type: none"> 「誰もが健康に暮らせる生涯福祉社会の実現」を目指し、生活の質を向上させる健康寿命の延伸を目的とする。 生涯健康でいきいきとした生活を過ごすため、一人ひとりが子供のころから健康に関心を持ち、自らの生活習慣を変えていけるよう、家庭、地域、職場、学校、行政関係機関等が連携しながら社会の中に「健康づくり」というしくみ作りを行い、個人の健康を支援していくことが必要である。 生活習慣病の予防を中心に自殺者の増加に対する自殺予防、感染症の予防、地域医療体制の整備等についても包括し、総合的な健康づくりの推進を目指す。

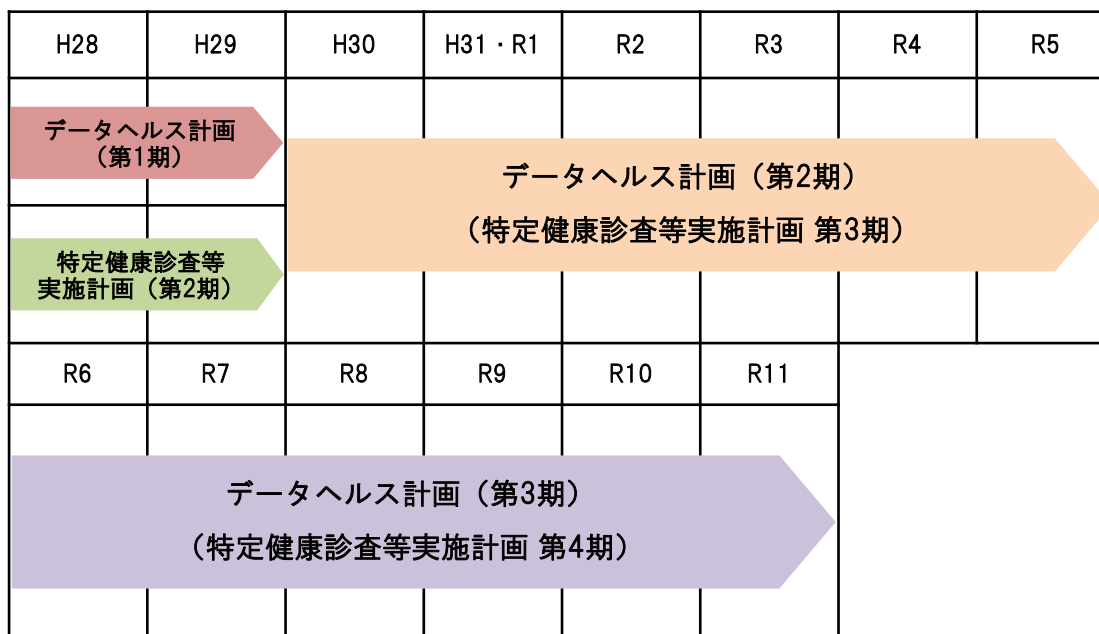
[図表3] データヘルス計画の位置づけ

4 計画期間

本計画の計画期間は、厚生労働大臣が定める「保健事業実施指針」により「特定健康診査等実施計画」等の計画期間との整合性を図ることとされている。

「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」（以下「高確法」という。）により定められており、高確法は平成27年5月29日に公布（平成30年4月1日施行）された「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険等の一部を改正する法律」により改正され、特定健康診査等実施計画の計画期間は6年を1期として定めている。特定健康診査等実施計画との整合性を図る観点から、データヘルス計画第2期の計画期間を平成30年度から令和5年度までの6年間とした。

本計画（データヘルス計画第3期）の計画期間は、令和6年度から令和11年度とする。【図表4】



【図表4】 データヘルス計画期間

5 国保データベース（KDB）システムの活用

本計画の策定にあたっては、国保データベース（以下「KDB」という。）システムにより得られる情報を多く活用している。

KDBシステムの導入により、医療（電子レセプト）・特定健康診査・介護のデータが紐づけられ、これまで行ってきた健康づくりに関するデータ作成が効率化された。その結果、地域の現状や健康課題の把握が可能となり、さらに統一された指標及び基準で全国や千葉県、同規模市町村と比較することも可能となった。

KDBシステムを活用したデータ分析により、保険者の特性に合わせた保健事業の展開が期待されており、令和3年度から鎌ヶ谷市内6地区（中央、中央東、東部、西部、南部、北部）〔図表5〕でのデータ抽出や比較が可能となっている。

※同規模市町村は、一般市の場合、下記の通り人口で4区分に分類されている。

①5万人未満 ②5万人以上～10万人未満 ③10万人以上～15万人未満 ④15万人以上。

鎌ヶ谷市は、③に分類されている。

県内の同規模市町村には、我孫子市、印西市、木更津市、成田市がある。



〔図表5〕 鎌ヶ谷市内6地区

第2章 データヘルス計画第2期における取組状況

本章では、データヘルス計画第2期において、健診・医療情報の分析から明らかとなった健康課題とその解決のために実施した事業の取り組み状況についてまとめた。

1 データヘルス計画第2期における課題と対策

現状分析	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 40～50歳代の特定健康診査の受診率が低い ◆ 60歳代以上で1人当たり医療費が増加 ◆ 特定保健指導実施率は約30%となっている ◆ 新規特定保健指導利用者は、複数回特定保健指導利用者と比較して翌年の健診結果の改善率が高い ◆ 生活習慣病関連医療費が医科医療費の約40% ◆ 腎不全・心疾患・脳血管疾患の順に医療費が高い ◆ 高血圧症や糖尿病を併せ持つ割合が高い ◆ 人工透析患者は、男性が40歳代から急増 ◆ 人工透析は1人当たり約570万円の医療費が発生 ◆ 約56%の人工透析患者が糖尿病治療をしており、糖尿病は人工透析が必要になる等重症化しやすい 	課題と対策	<ul style="list-style-type: none"> ・ 40～50歳代の未受診者に対して早期に受診勧奨し、健診結果から自身の健康状態を把握してもらうことが重要 ・ より多くの被保険者の行動変容を促すため、特に改善率の高い新規特定保健指導利用者に対し働きかけていくことが必要 ・ 重症化した生活習慣病が医療費を引き上げる一因になっているため、血圧・血糖のハイリスク者に対し重点的に指導を実施することが必要 ・ 早期に支援を開始し、糖尿病の重症化による人工透析への移行を防止することが重要
-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

主な対策	特定健康診査受診率向上対策事業	特定保健指導実施率向上対策事業	糖尿病性腎症重症化予防対策事業
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 受診率の低い40～50歳代未受診者への専門職による受診勧奨 【電話勧奨】 電話による情報提供と受診勧奨を実施する。 【訪問勧奨】 訪問による情報提供と受診勧奨を実施する。市内6地区を順次訪問する。 ◆ ワンコイン受診 連続受診者又は40歳の者は、健診費用の自己負担を500円に軽減する。 ◆ 若年集団健康診査 特定健康診査対象となる年齢（40歳）未満の者に対し、市内で集団での健康診査を実施する。 ◆ 受診者への健診データと生活改善アドバイスの通知 経年健診データと生活改善アドバイスに関する通知を受検者全員に実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 個別初回面接参加促進のためのインセンティブ 初回面接参加のきっかけづくりとして継続実践できる健康グッズ等を配布する。 ◆ 集団支援 生活改善の実践に結びつくよう、体験型の講座（セミナーや調理実習等）を、初回面接と同時実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 糖尿病性腎症重症化予防 対象者の中から、保健指導効果が高いと思われる者を抽出し、生活改善のための保健指導を実施する。
	重症化予防対策事業		
		<ul style="list-style-type: none"> ◆ 血圧・血糖のハイリスク者への保健指導 郵送にて情報提供を行い、事前にレセプトで医療機関未受診であることが確認された者に対し、電話による保健指導を実施する。電話で確認が取れなかった者に対しては、訪問を実施する。 支援ができた「血圧・血糖のハイリスク者（服薬なし）」の者については、その後、継続的に医療機関への受診状況をレセプトで確認し、状況により必要がある者には支援する。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 人間ドック等助成事業 特定健康診査にかえて人間ドックを受検した場合の費用を助成する。 ● 健康教育事業 市民まつりや市役所1階ホールの健康パネル展開催時にヘルスサービス等の情報提供、健康機器による健康測定や保健指導を実施する。 ● 重複頻回受診者訪問指導事業 重複受診者や頻回受診者への保健指導を実施する。 ● その他関係部署・機関との連携事業 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業に連動した保健事業を実施する。

2 データヘルス計画第2期における目的の達成状況

データヘルス計画第2期における2つの目的【健康寿命（平均自立期間）の延伸】と【医療費の適正化】の達成状況をまとめた。

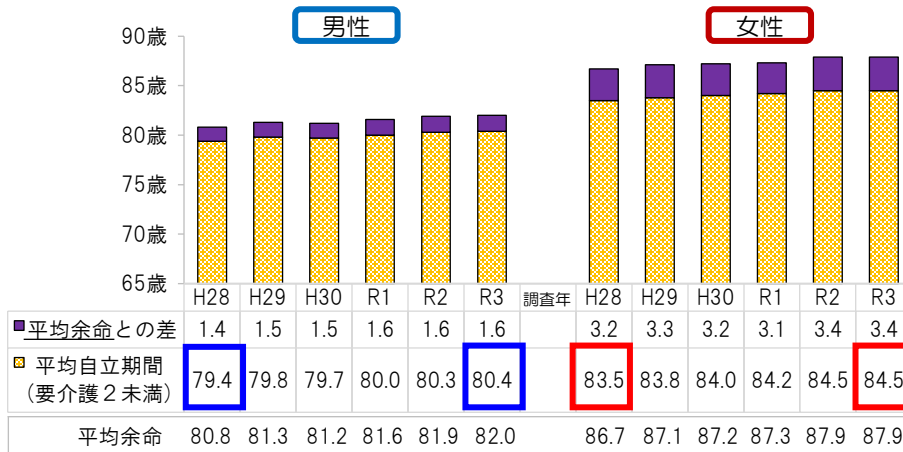
【健康寿命（平均自立期間）の延伸】



目標 男女ともに延伸
結果 男女ともに1歳延伸



【図表6】鎌ヶ谷市の健康寿命（平均自立期間）



◎健康寿命（平均自立期間）は、令和2年度までは男性・女性ともに年0.2~0.3歳ずつ延伸している。健康寿命（平均自立期間）の延伸については、長期の保健事業の取組により変化し、医療の発達や病院の立地等により変化するものといわれているため、経年的に数値をモニタリングする必要がある。

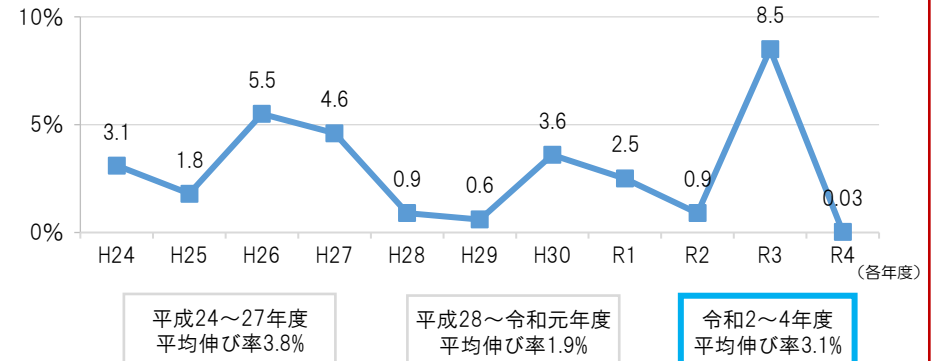
【医療費の適正化】



目標 1人当たりの年間医療費
平均伸び率 3.6 %
結果 平均伸び率 3.0 %



【図表7】鎌ヶ谷市の1人当たりの年間医療費伸び率の推移



◎令和元年度、2年度は、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく措置により、医療機関への受診控えがあったため、伸び率が低く抑えられたと考えられる。一方、令和3年度は受診控えの解消により医療費の伸び率が急増したと考えられるが、3年間の平均伸び率は3.0%に抑えられた。

3 主な保健事業の取り組み状況と評価

下記は、前掲の健康課題及び目標に対し実施した主な保健事業（（1）特定健康診査受診率向上対策事業、（2）特定保健指導実施率向上対策事業、（3）重症化予防対策事業、（4）糖尿病性腎症重症化予防対策事業）の取り組み状況の詳細である。

評価指標の達成状況や事業の進捗状況により、データヘルス第2期計画の指標を「a・a*・b・c・d」の5段階で評価する。

達成度の基準

a：目標値を達成した a*：目標値に達しなかったが前進した b：ほぼ変化していない c：目標と比較して後退した
d：評価不可（実績未算定）

（1）特定健康診査受診率向上対策事業

糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防するため、下記の事業を実施し特定健康診査の受診率向上を目指した。

	取組	対象	内容
1	40～50歳代未受診者への受診勧奨	【電話勧奨】40歳、41～49歳前年未受診者、43～59歳3年未受診者 【訪問勧奨】電話勧奨の結果電話が繋がらなかった40～50歳代の男性で、健診3年未受診者かつ医療機関3年未受診者 【はがき勧奨】年度年齢40歳で電話が繋がらなかった者	<ul style="list-style-type: none"> 専門職による電話及び訪問による情報提供と受診勧奨を実施した。訪問に関しては、市内6地区を順次訪問した。 初めて特定健康診査対象となる年度年齢40歳の者に関しては、電話勧奨で繋がらなかった者に対し、情報提供と受診勧奨のため、はがきを送付した。
2	ワンコイン受診	連続受診者・40歳の者	<ul style="list-style-type: none"> 連続受診者又は40歳の者は、自己負担1,000円の健診費用を500円に軽減した。
3	若年集団健康診査	令和2年度～：35～39歳の者	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査対象年齢前の35～39歳の者に対し、全数通知を行い、希望者に集団健康診査を実施した。
4	受診者への健診データと生活改善アドバイスの全数通知	特定健康診査全受診者	<ul style="list-style-type: none"> 経年健診データと生活改善アドバイスに関する通知を実施した。
5	未受診者はがき勧奨	7月末時点における健診未受診者	<ul style="list-style-type: none"> AIを活用して健診や医療機関受診状況等を分析し、対象者の特性に合わせた勧奨はがきを送付した。
6	人間ドックや事業者健診等のデータ取り込み	人間ドック・JA健診・消防団健診・商工会健診・職員健診等受診者	<ul style="list-style-type: none"> 他の健診を受診した対象者の結果提供を受けた。
		かかりつけ医で治療中の者	<ul style="list-style-type: none"> 広域的な受領契約に関して、国保連合会を通じて要望したが、開始には至っていない。

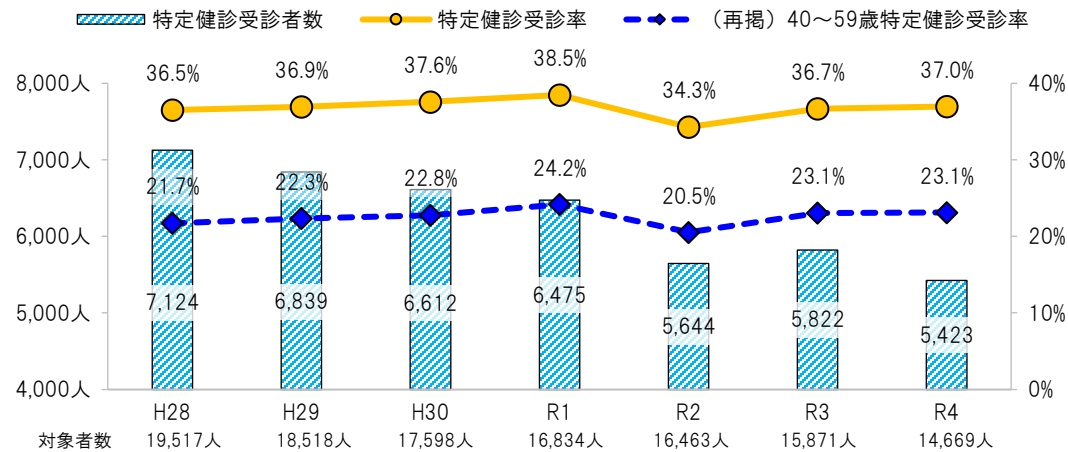
(1) 特定健康診査受診率向上対策事業

特定健康診査受診率は、令和元年度までは毎年平均約0.7ポイントずつ向上していた。令和2年度に新型コロナウイルス感染症の影響により、前年度から4.2ポイント低下したが、令和3年度は再び2.4ポイント向上した。令和4年度は37.0%と最終目標値には達しなかったが、平成28年度の受診率36.5%よりも0.5ポイント向上し、前進したため、a*評価とした。

40～50歳代の特定健康診査受診率は、全体と同様に令和元年度までは約0.5ポイントずつ向上していたが、令和2年度に3.7ポイント低下し、令和3年度に再び増加に転じた。令和4年度は令和3年度同様、23.1%と、平成28年度の受診率21.7%よりは数値の向上が見られたため、a*評価とした。

令和2年度の特定健康診査受診率が低下した要因として、新型コロナウイルス感染症に伴う行動制限に伴い、特定健康診査受診期間を1カ月短くしたことやコロナ禍による受診控え等が考えられ、これらの影響を受け、目標の達成には至らなかった。

【図表8】鎌ヶ谷市の特定健診受診者数と受診率の推移



資料：特定健診等法定報告 各年度

評価指標・目標数値								評価	
最終目標	特定健康診査受診率 44% (基準H28: 36.5%) R4: 37.0%							a*	
単年度目標	40～50歳代の受診率 1ポイント向上/年 (基準H28: 21.7%)	年度	H30	R1	R2	R3	R4	R5	a*
		目標値	24%	25%	26%	27%	28%	29%	
		値	22.8%	24.2%	20.5%	23.1%	23.1%	d	

(2) 特定保健指導実施率向上対策事業

特定健康診査の結果を理解し、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定、実践できるよう、下記の事業を実施し、特定保健指導実施率向上を目指した。

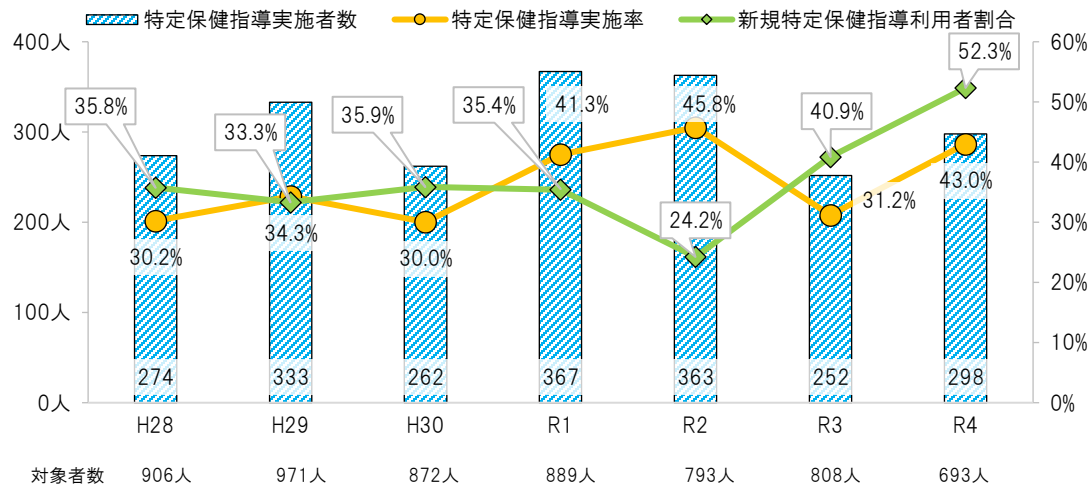
	取組	対象	内容
1	個別初回面接参加促進のためのインセンティブ (平成30年度から実施)	特定保健指導初回面接実施者	<ul style="list-style-type: none"> 初回面接参加のきっかけづくりと生活習慣改善をサポートするため、健康グッズを配布した。 令和4年度からは、保健指導を実施した者への数値改善意欲をサポートするため、実績評価終了時に目標の維持改善をした者に健康グッズを配布した。
2	特定保健指導の委託化	特定保健指導対象者	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関での特定保健指導について、分割又は全面委託化を検討し、市医師会との協議の結果、実施には至らなかった。 令和3年度から委託によるオンライン面談を利用した指導を実施した。
3	特定保健指導利用勧奨	特定保健指導対象者	<ul style="list-style-type: none"> 参加の動機付けのため、案内通知とともに、経年の健診結果表を同封し、電話又は訪問で、指導を利用することのメリットを伝えた。
4	運動習慣促進支援	特定保健指導対象者のうち、受診勧奨値が無い者	<ul style="list-style-type: none"> 運動習慣改善のため、月3～4回講師による運動講座を実施した。また、運動を継続できる場について情報提供等を行った。 (新型コロナウイルス感染症まん延防止等重点措置期間中は分散開催で実施した。実施できなかった期間中は、自宅で運動習慣が継続できるようCDを配布をした。)
5	集団支援	特定保健指導対象者	<ul style="list-style-type: none"> 生活改善の実践に結びつくよう、体験型の講座(運動講座や調理実習等)を初回面接と同時実施した。 ※運動：令和3年度から運動指導による運動講座 栄養：平成30年度から調理のデモンストレーションと試食を実施していたが、コロナ禍で令和2、3、4年度はデモンストレーションのみ実施した。

(2) 特定保健指導実施率向上対策事業

特定保健指導実施率は、令和2年度は在宅率が高く、訪問での指導率が向上したため、45.8%の最大値を記録した。令和3年度は新型コロナウイルス感染症まん延防止等重点措置により訪問による利用勧奨と保健指導を自粛したため、31.2%と大幅に減少したが、令和4年度は43.0%と最終目標より6ポイント向上したため、a評価とした。

新規特定保健指導利用者割合は、35%台で推移し、令和2年度に24.2%と大幅に減少したが、令和3年度に増加に転じ、令和4年度には52.3%の最大値を記録し、目標を達成したため、a評価とした。

〔図表9〕 鎌ヶ谷市の特定保健指導実施者数と実施率、
新規特定保健指導利用者割合の推移



資料：特定健診等法定報告 各年度

評価指標・目標数値								評価	
最終目標	特定保健指導実施率 37% (H28:30.2%) R4:43.0%							a	
単年度目標	新規特定保健指導利用者割合 1ポイント向上/年 (基準H28:35.8%)	年度	H30	R1	R2	R3	R4	R5	a
		目標値	38%	39%	40%	41%	42%	43%	
		値	35.9%	35.4%	24.2%	40.9%	52.3%	d	

(3) 重症化予防対策事業

特定健康診査受診者の生活習慣病重症化を予防するため、①要医療者への受診勧奨事業及び②血圧・血糖のハイリスク者への保健指導事業を実施した。

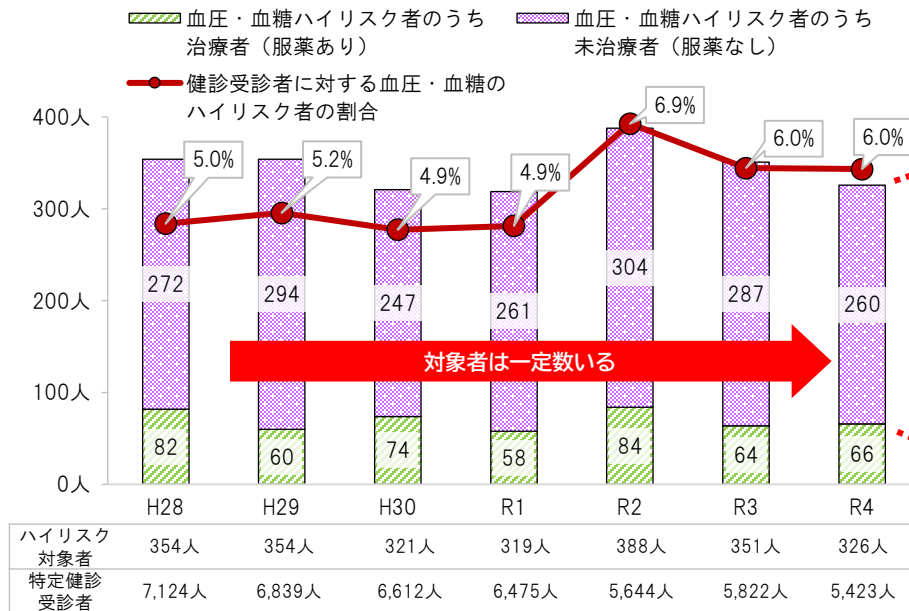
	取組	対象	内容																																				
1	要医療者への受診勧奨	<p>下記判定値該当者</p> <table border="1" data-bbox="627 458 1096 779"> <thead> <tr> <th></th> <th>検査項目</th> <th>判定値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>eGFR</td><td>44.9以下</td></tr> <tr><td>2</td><td>HbA1c</td><td>6.5以上6.9以下</td></tr> <tr><td>3</td><td>尿たんぱく</td><td>+以上</td></tr> <tr><td>4</td><td>中性脂肪</td><td>300以上</td></tr> <tr><td>5</td><td>HDLコレステロール</td><td>34以下</td></tr> <tr><td>6</td><td>LDLコレステロール</td><td>180以上</td></tr> <tr><td>7</td><td>AST (GOT)</td><td>51以上</td></tr> <tr><td>8</td><td>ALT (GPT)</td><td>51以上</td></tr> <tr><td>9</td><td>γ-GT (γ-GTP)</td><td>101以上</td></tr> <tr><td>10</td><td>血清尿酸</td><td>9.0以上</td></tr> <tr><td>11</td><td>尿糖</td><td>+以上</td></tr> </tbody> </table>		検査項目	判定値	1	eGFR	44.9以下	2	HbA1c	6.5以上6.9以下	3	尿たんぱく	+以上	4	中性脂肪	300以上	5	HDLコレステロール	34以下	6	LDLコレステロール	180以上	7	AST (GOT)	51以上	8	ALT (GPT)	51以上	9	γ-GT (γ-GTP)	101以上	10	血清尿酸	9.0以上	11	尿糖	+以上	<ul style="list-style-type: none"> 事前にレセプトで医療機関未受診であることが確認された者に対し、電話による保健指導を実施した。 <p>※eGFR、HbA1c、尿たんぱくの判定値該当者については、事前に郵送にて情報提供を行った。</p> <p>保健指導実施後、医療機関への受診の有無をレセプトで確認し、経年で管理した。</p>
	検査項目	判定値																																					
1	eGFR	44.9以下																																					
2	HbA1c	6.5以上6.9以下																																					
3	尿たんぱく	+以上																																					
4	中性脂肪	300以上																																					
5	HDLコレステロール	34以下																																					
6	LDLコレステロール	180以上																																					
7	AST (GOT)	51以上																																					
8	ALT (GPT)	51以上																																					
9	γ-GT (γ-GTP)	101以上																																					
10	血清尿酸	9.0以上																																					
11	尿糖	+以上																																					
2	血圧・血糖のハイリスク者への保健指導	<p>糖尿病や脳血管疾患等のリスクが高いと思われる者であり、下記の判定値に該当する者</p> <p>(1) 服薬なし ①収縮期血圧160以上、又は拡張期血圧100以上 ②HbA1c 7.0以上</p> <p>(2) 服薬あり ①収縮期血圧180以上、又は拡張期血圧110以上 ②HbA1c 8.0以上</p>	<ul style="list-style-type: none"> 郵送にて情報提供を行い、事前にレセプトで医療機関未受診であることが確認された者に対し、電話による保健指導を実施した。 電話で確認が取れなかった者に対しては、訪問を実施した。 支援ができた「血圧・血糖のハイリスク者（服薬なし）」の者については、その後医療機関への受診の有無をレセプトで確認し、経年で管理をした。 福祉や介護等の支援を要する者は、他機関と連携し、支援を実施した。 																																				

(3) 重症化予防対策事業

健診受診者の血圧・血糖のハイリスク者出現率は、平成30年及び令和元年度は4.9%と5%未満の最終目標値を達成できていた。しかし、令和2年度・令和3年度と6%台が続き、令和4年度も6.0%と最終目標値よりも後退したため、c評価とした。

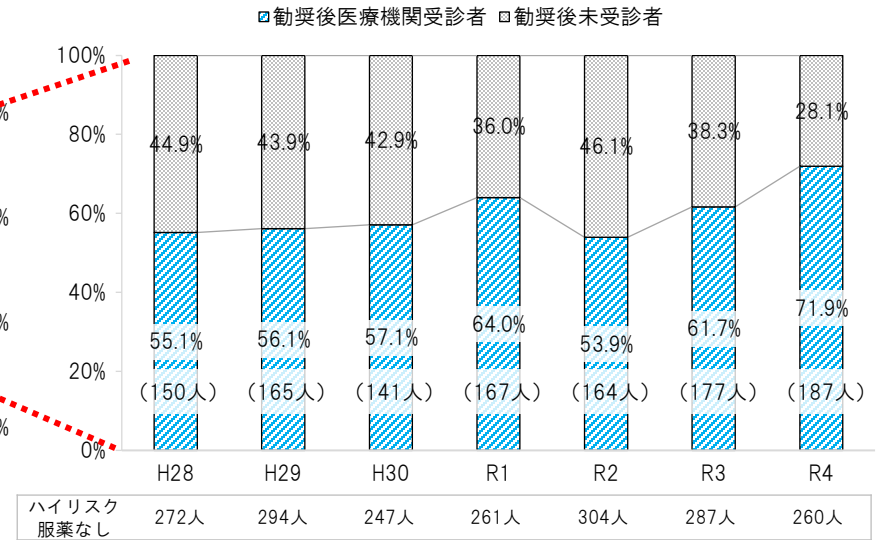
「血圧・血糖のハイリスク者（服薬なし）」の医療機関受診率は、コロナ禍による受診控えの影響か、令和2年度に目標値を大きく下回ったが、令和3年度に再び増加に転じ、令和4年度は受診勧奨後に187人（71.9%）が医療機関に受診をしており、最終目標値を達成したため、a評価とした。

【図表10】鎌ヶ谷市の血圧・血糖のハイリスク者数とその割合の推移



資料：特定健診等法定報告データより算出 各年度

【図表11】鎌ヶ谷市の血圧・血糖ハイリスク者（服薬なし）における受診勧奨後の医療機関受診状況



資料：特定健診等法定報告データより算出 各年度

評価指標・目標数値		評価							
最終目標	健診受診者の血圧・血糖のハイリスク者出現率の減少 5%未満	c							
単年度目標	「血圧・血糖のハイリスク者（服薬なし）」の医療機関受診率1ポイント向上 (基準H28: 55%)	年度	H30	R1	R2	R3	R4	R5	a
		目標値	57%	58%	59%	60%	61%	62%	
		値	57.1%	64.0%	53.9%	61.7%	71.9%	d	

(4) 糖尿病性腎症重症化予防対策事業

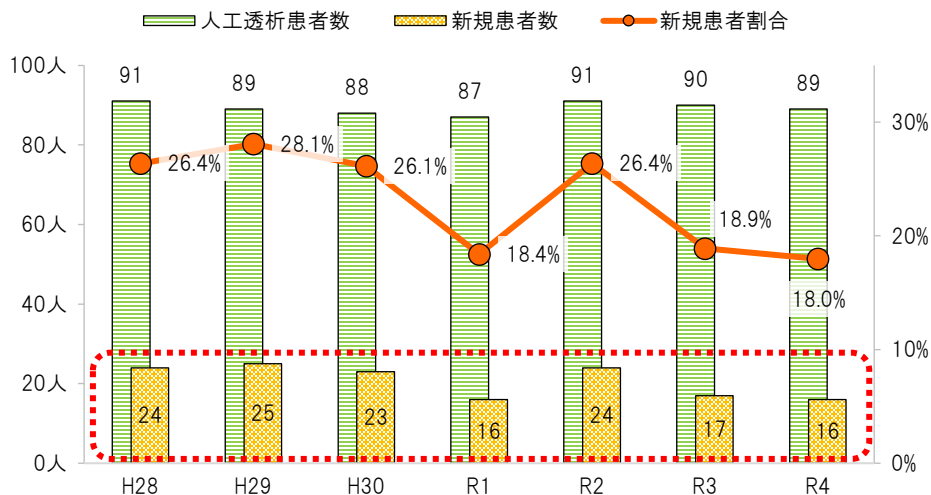
	取組	対象	実施内容
1	糖尿病性腎症重症化予防事業 (重症化予防プログラム) (平成29年度から実施)	<p>2型糖尿病治療者のうち、特定健康診査受診者又はかかりつけ医より参加勧奨を受けた者で、プログラム参加を希望し、以下に該当する者</p> <p>①HbA1c 6.5%以上 かつ ②尿たんぱく±以上 又は eGFR60未満30以上 又は eGFR経年低下している者</p> <p>※令和3年度から千葉県のパログラム対象変更に伴い、対象者を拡大</p> <ul style="list-style-type: none"> eGFR60台 かつ 5ml以上減少者のうち、 <ul style="list-style-type: none"> ①65歳未満 HbA1c 7.0% ②65歳以上 糖尿病治療薬内服者 HbA1c 7.5%以上 糖尿病未治療者 HbA1c 7.0%以上 	<ul style="list-style-type: none"> 左記の対象者に対し、外部委託により、生活改善のための重症化予防プログラムによる保健指導を実施した。 <p>※令和2年度：新型コロナウイルス感染症拡大のため、開始時期が遅れ、6カ月支援から4カ月支援に短縮し実施した。 ※令和3、4年度：6カ月支援で実施した。 ※令和5年度：効果的かつ効率的事業実施のため、支援期間を4カ月支援に変更し、市の運動講座や国保ヘルスセミナーを併用して実施した。</p>
2	糖尿病治療中断者への治療継続支援 (令和2年度から実施)	前々年度糖尿病治療歴があり、前年度治療歴が無く、当該年度に特定健康診査受診券を発行している者（当該年度国民健康保険加入者）	<ul style="list-style-type: none"> 左記の対象者に対し、通知後電話又は訪問による健診及び医療機関受診勧奨を実施した。 <p>【事業実施者/事業対象者】</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和2年度 14名/15名 令和3年度 11名/12名 令和4年度 7名/ 7名
3	国保ヘルスセミナーにて糖尿病重症化予防および慢性腎臓病（CKD）の予防に関する啓発	<p>令和4年度から、被保険者の継続受診やセルフケアを支援するため、国保ヘルスセミナーを開始</p> <p>(令和4、5年度国保ヘルスセミナー対象者)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●特定健康診査未受診者のうち、糖尿病治療中断者 ●糖尿病性腎症重症化予防事業の参加者 	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度、5年度は医師による糖尿病及び糖尿病合併症に関する講義、管理栄養士による糖尿病合併症予防のための栄養に関する講義を開催した。 <p>【セミナー参加者】</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和4年度 16名 令和5年度 24名

(4) 糖尿病性腎症重症化予防対策事業

新規人工透析患者数は、平成28年度の24名と比較し、令和4年度は16名と減少したため、a評価とした。

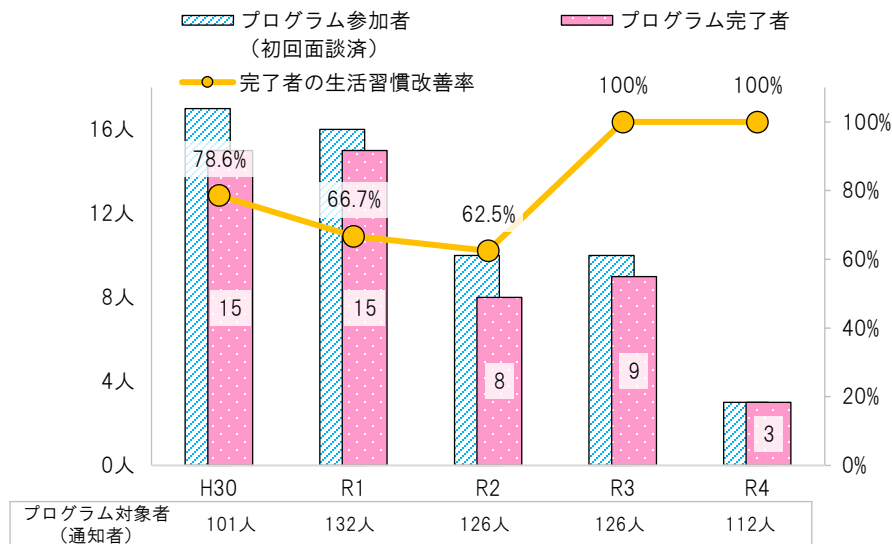
保健指導実施者のうち改善に向けた行動変容が見られる者の割合（プログラム終了時アンケートで行動目標を継続して実施している者の割合）は、最終目標に達成したため、a評価とした。

〔図表12〕 鎌ヶ谷市の人工透析患者数と新規患者数の推移



資料：①KDBシステム「厚生労働省様式（様式3-7）人工透析のレセプト分析」各年度平均を算出
②特定疾病受療証の新規交付者 各年度（新規患者数）

〔図表13〕 鎌ヶ谷市の糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加者数と完了後の生活習慣改善率の推移



プログラム対象者（通知者） H30 101人 R1 132人 R2 126人 R3 126人 R4 112人

資料：糖尿病性腎症重症化予防プログラム実績、アンケート結果等 各年度

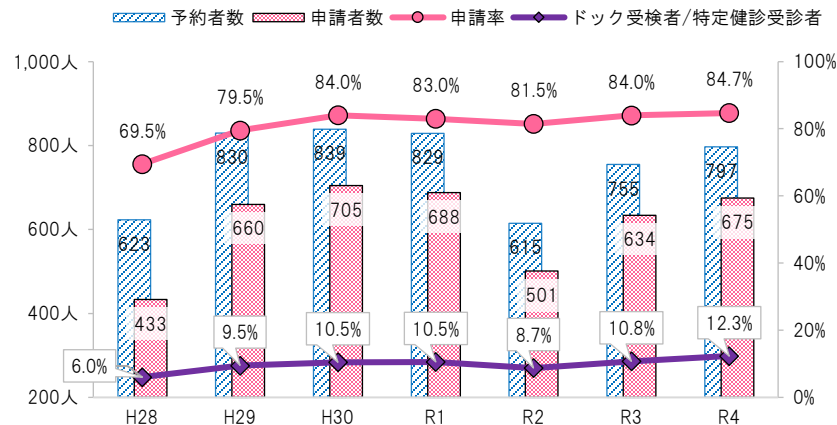
評価指標・目標数値								評価	
最終目標	新規人工透析患者数の減少（基準H28：24名）							a	
単年度目標	保健指導実施者のうち改善に向けた行動変容が見られる者の割合（基準H29：77.0%）	年度	H30	R1	R2	R3	R4	R5	a
		目標値	前年度より上昇	前年度より上昇	前年度より上昇	前年度より上昇	前年度より上昇	前年度より上昇	
		値	78.6%	66.7%	62.5%	100%	100%	d	

(5) その他の事業

●人間ドック等助成事業

目的	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者の健康保持増進、また、がんや生活習慣病の早期発見及び早期治療に役立てる。 結果を受領することで、特定健康診査受診率向上を目指し、必要に応じ、保健指導等につなげていく。
対象	40～74歳までの国民健康保険被保険者
内容	人間ドック等を受検した者の負担金を一部助成し、結果を受領する。更なる周知強化のため、対象者全数に対し、受診券送付時に人間ドック等助成事業の案内文を同封。また、他事業において、周知を実施する。
評価	<ul style="list-style-type: none"> 人間ドック予約者に占める申請者数は約8割で推移しており、申請を促すお知らせはがき等の効果が得られている。 特定健康診査受診者数に占める人間ドック受検者は約1割で、特定健康診査受診率向上に寄与している。

【図表14】鎌ケ谷市の人間ドック等助成事業の状況



資料：人間ドック等助成事業予約者一覧
特定健診等法定報告データより算出 各年度

●健康教育事業



目的	健康・病気に対する理解を深めるための教育・相談事業を実施し、市民のセルフケアの力を高める。
対象	国民健康保険被保険者を含むすべての市民
内容	<ul style="list-style-type: none"> 衛生部門と連携し、生活習慣病予防講座の実施や各地区体操の会での健康教育・健康相談を実施する。 生活習慣病（高血圧・糖尿病等）をテーマとした講演会を実施する。 データ分析の結果を反映した教育媒体を作成し、市民の健康リスクや医療費の現状等をわかりやすく伝え、自らの健康を振り返る一助とする。 被保険者への通知等の機会を利用して、特定健康診査・がん検診等について周知する。
評価	<ul style="list-style-type: none"> 窓口で健診・検診についてチラシ等を作成し配布し、受診率の向上に寄与できた。「鎌ケ谷の健康」を作成し、衛生部門と連携し配布した。 新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく措置に伴い、令和2年度以降中止されている市民まつりで実施していた健康教育に代わるものとして、令和3年度から本庁舎市民ホールで健康パネルの展示、健康機器による健康測定を実施した。 来場者にシール投票をしてもらうなど参加型のイベントとなるよう工夫した。



市民ホール展示の様子

(5) その他の事業

●重複頻回受診者訪問指導事業

目的	受診や服薬等についての保健指導を実施し適正な受診を促進する。
対象	重複頻回受診者名簿から一定の条件で抽出した対象者で、訪問指導が必要と思われる者
内容	保健師による訪問活動を実施し、情報提供や指導を実施することで、対象者の適正な受診を促す。
評価	<ul style="list-style-type: none"> 重複受診及び頻回受診について、船橋薬剤師会と連携し、対象者基準や対象者への通知内容の見直しを行い、事業の意図がより伝わるようになった。 指導対象者へは指導実施率を高く維持している。薬の正しい使い方等の普及啓発のため、令和4年度から新規に「おくすりセミナー」を開催し、令和5年度は薬剤師会との協働によりセミナーを開催することができた。
<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <p style="text-align: center;">訪問活動実施率（実施率）</p> <p>第2期</p> <p>平成30年度 重複受診 抽出29名 指導対象8名 実施率100% 頻回受診 抽出2名 指導対象0名 実施率 ー%</p> <p>令和元年 重複受診 抽出31名 指導対象5名 実施率100% 頻回受診 抽出5名 指導対象0名 実施率 ー%</p> <p>令和2年度 重複受診 抽出29名 指導対象4名 実施率100% 頻回受診 抽出8名 指導対象3名 実施率100%</p> <p>令和3年度 重複受診 抽出23名 指導対象12名 実施率100% 頻回受診 抽出4名 指導対象1名 実施率100%</p> <p>令和4年度 重複受診 抽出19名 指導対象14名 実施率100% 頻回受診 抽出8名 指導対象4名 実施率100%</p> </div> <div style="flex: 1;">   <p style="text-align: center;">おくすりセミナーの様子</p> </div> </div>	

●その他関係部署・機関との連携事業

目的	被保険者の健康増進のため、国民健康保険担当課として、地域包括ケアシステムに資する地域ネットワークへの協力や、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施のため、関係部署や医師会等との連携を行う。												
対象	国民健康保険被保険者を含むすべての市民												
内容	庁内外会議等への参加・資料提供等を行う。												
評価	<ul style="list-style-type: none"> 保険年金課後期高齢者医療係、健康増進課、高齢者支援課と毎月打合せを実施し、担当課事業の進捗共有だけでなく、新規事業の周知や参加者の募集等を協力して実施することができた。 令和3年度から高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の開始に伴い、特定健康診査受診者のうち体重減少のある者にフレイル予防に関するリーフレットを同封した。 令和4、5年度は地区を限定し、70～74歳の特定健康診査3年未受診者（健康状態を市で把握できていない住民）に勧奨電話や訪問を実施した。 特定健康診査の利用勧奨だけでなく、健康状態の把握をし、フレイル予防の知識普及も図ることができた。 												
<p>※フレイル予防に関するリーフレット配付実績 【基準対象者】 健診受診者のうち65歳以上でBMI18.5以下、前年度健診より体重が2kg以上減少した者（令和3年度から開始）</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>R3</th> <th>R4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>65歳以上で2年連続健診受診者数</td> <td>3,563人</td> <td>3,459人</td> </tr> <tr> <td>基準対象者</td> <td>67人</td> <td>42人</td> </tr> <tr> <td>割合</td> <td>1.9%</td> <td>1.2%</td> </tr> </tbody> </table>			R3	R4	65歳以上で2年連続健診受診者数	3,563人	3,459人	基準対象者	67人	42人	割合	1.9%	1.2%
	R3	R4											
65歳以上で2年連続健診受診者数	3,563人	3,459人											
基準対象者	67人	42人											
割合	1.9%	1.2%											

第3章 鎌ヶ谷市の医療・健診情報分析

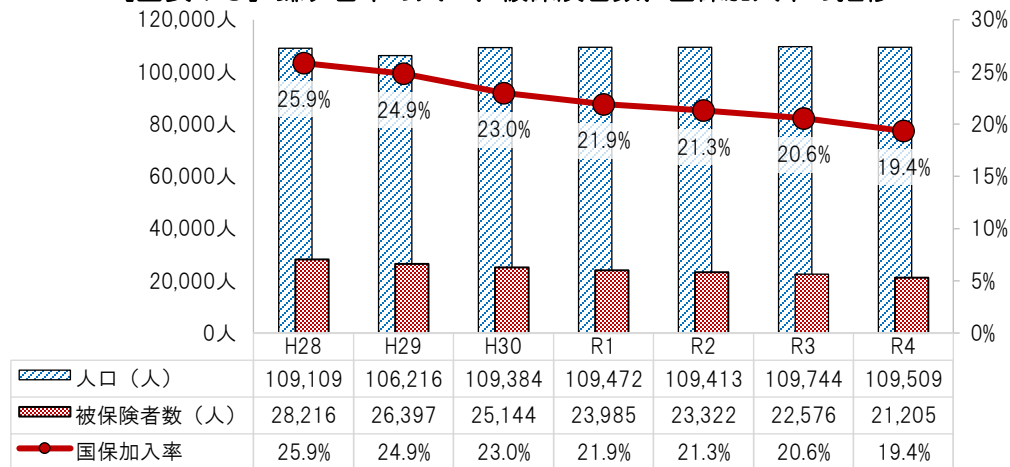
本章では、健診・医療情報から鎌ヶ谷市における課題を明らかにすることを目的とする。(2)～(4)は市全体(国民健康保険被保険者以外の市民を含む)の分析結果である。

1 鎌ヶ谷市の状況

(1) 人口の推移

- ◆国民健康保険被保険者数は減少傾向にあり、加入率は県・国と比較して同水準となっている。
- ◆被保険者数の推移を見ると、0～39歳までの割合が減少し、65歳以上の割合が増加している。

[図表15] 鎌ヶ谷市の人口、被保険者数、国保加入率の推移



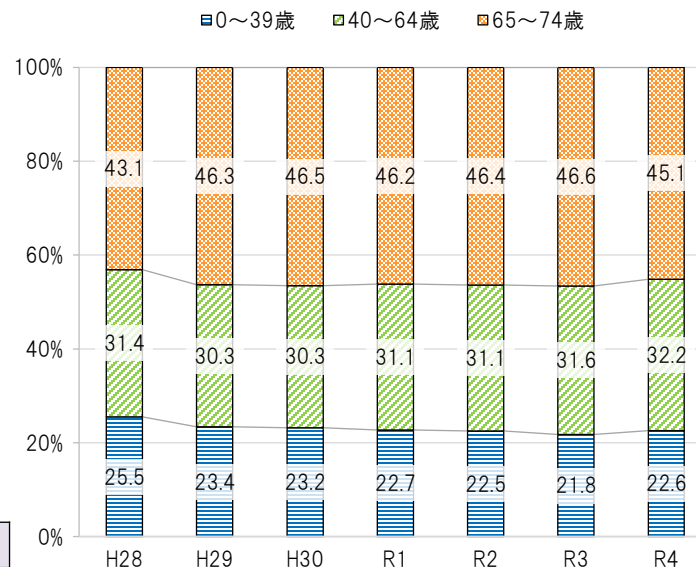
資料：国民健康保険の概要 各年度末現在

[図表17] 人口と被保険者数等の比較

	鎌ヶ谷市	千葉県	全国
人口	109,509人	6,307,470人	124,554,329人
被保険者数	21,205人	1,204,220人	24,135,530人
国民健康保険加入率	19.4%	19.1%	19.4%

資料：国民健康保険の概要
国民健康保険事業月報等〔厚生労働省HP〕令和4年度

[図表16] 鎌ヶ谷市の被保険者の年齢階級別割合

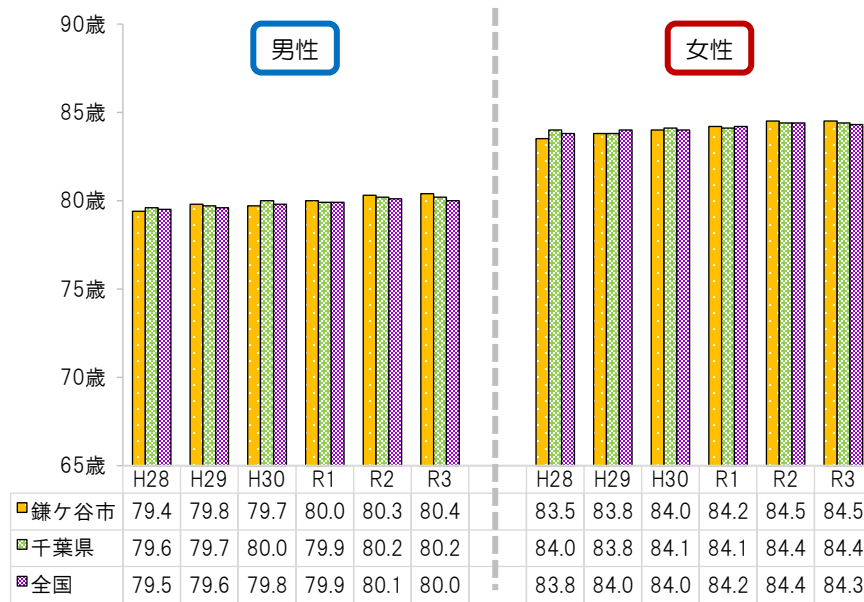


資料：国民健康保険の概要 各年7月1日現在

(2) 平均寿命と健康寿命（平均自立期間）

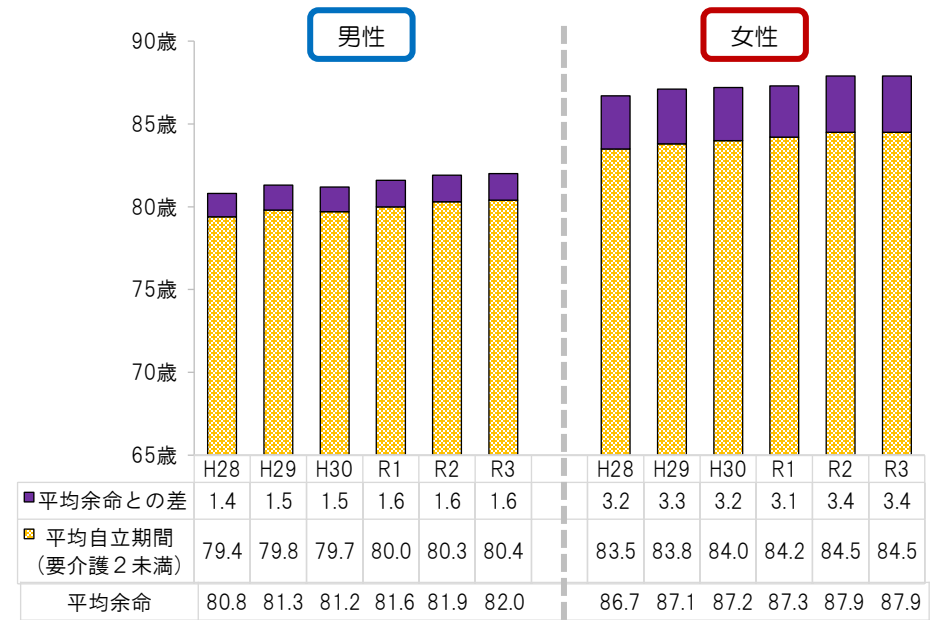
- ◆健康寿命（平均自立期間）は、平成28年と令和3年を比較すると男女ともに1歳延伸しており、県や国と比較しても、大きな差はみられない。
- ◆平均余命との差は、平成28年は男性1.4歳、女性3.2歳、令和3年は男性1.6歳、女性3.4歳と、男女ともに0.2歳拡大した。平均余命との差の期間は、介護を要する期間（要介護2以上）を示している。

【図表18】健康寿命（平均自立期間）の比較



資料：KDBシステム「地域全体像の把握」 ※調査年

【図表19】鎌ヶ谷市の健康寿命（平均自立期間）



資料：KDBシステム「地域全体像の把握」 ※調査年

【平均余命とは】

ある年齢の人々が、その後何年生きられるかという期待値。ここでは0歳時点の平均余命を示している。

【平均自立期間とは】

日常生活動作が自立している期間の平均

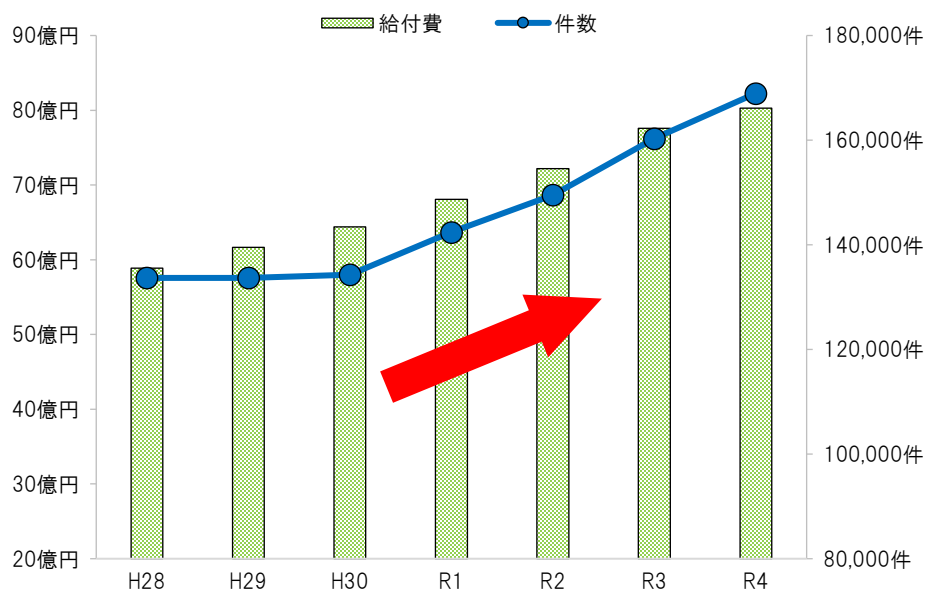
介護を要する期間を短くするためには、健康づくりや介護予防を通じて、健康寿命を伸ばすことが重要です。



(3) 要介護者の状況

- ◆介護サービスの件数は年々増加しており、それに伴い、給付費も増加している。
- ◆要介護者の有病状況は、基礎疾患である「高血圧症や脂質異常症、糖尿病」、またそれらの疾患が進行した結果である「心臓病・脳疾患」と、生活習慣病に関連する疾患が高い傾向にある。そのため、早期の段階から生活習慣病予防、重症化予防が介護予防の観点からも必要である。

〔図表20〕鎌ヶ谷市の介護サービスの給付状況



資料：健康福祉統計 各年度

〔図表21〕1件当たり給付費と介護認定率・有病状況の比較

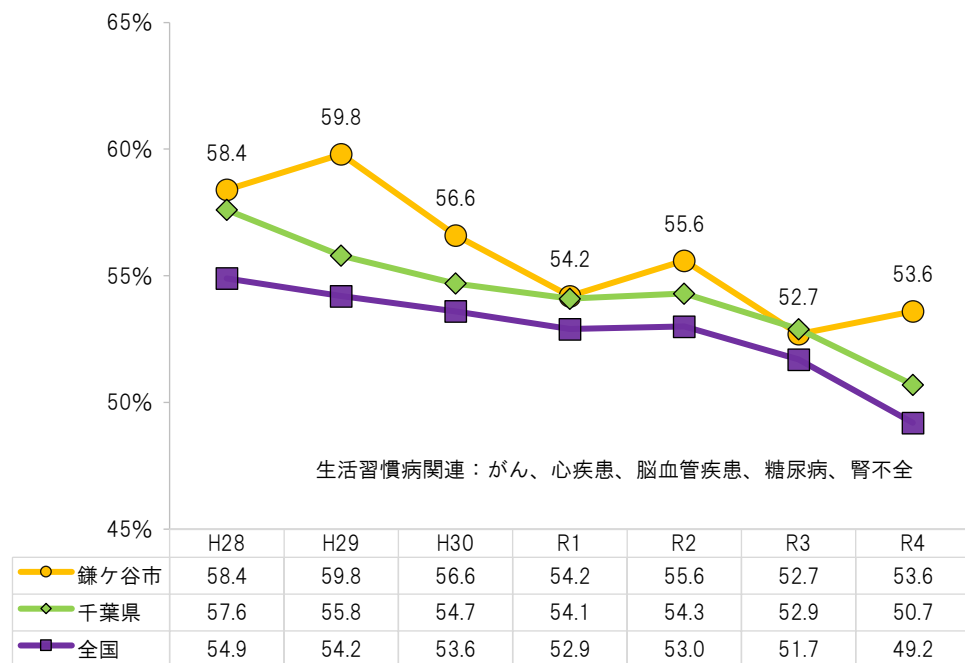
		H28	R4			
		鎌ヶ谷市	鎌ヶ谷市 (a)	千葉県 (b)	県との差 (a-b)	
1件当たり給付費 (円)		51,637	56,130	57,498	▲1,368	
介護認定率 (1号) (%)		17.6	17.9	17.9	0.0	
有病状況 (%)	1位	心臓病	57.3	57.7	57.5	0.2
	2位	高血圧症	50.4	50.6	50.9	▲0.3
	3位	筋・骨格	46.0	47.6	50.4	▲2.8
	4位	精神	34.9	33.1	33.7	▲0.6
	5位	脂質異常症	28.2	29.7	30.6	▲0.9
	6位	脳疾患	25.4	21.1	21.3	▲0.2
	7位	糖尿病	21.3	21.7	23.7	▲2.0
	8位	アルツハイマー病	16.0	15.4	15.6	▲0.2
	9位	がん及び良性新生物	10.9	12.3	12.3	0.0

資料：KDBシステム「地域の全体像の把握」 令和4年度累計

(4) 死亡の状況（病名別割合）

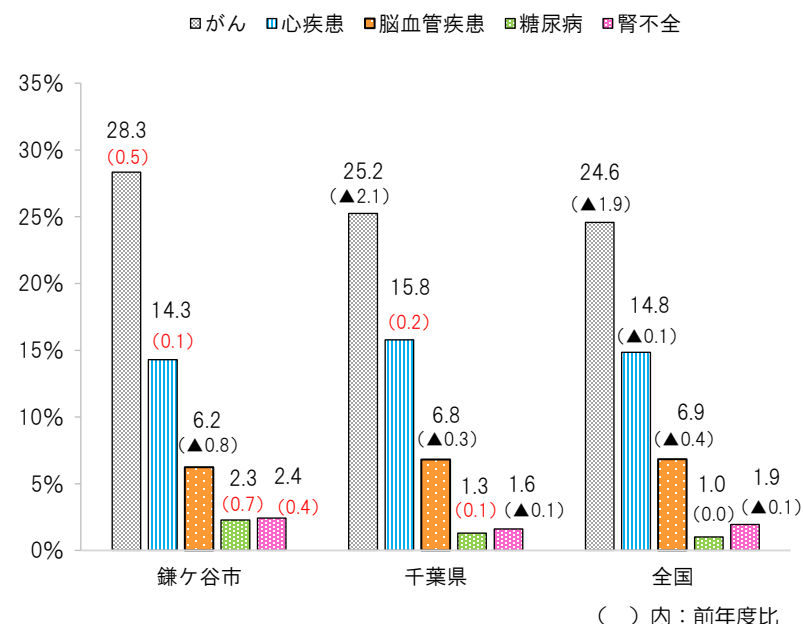
- ◆生活習慣病関連死亡率は県・国と比較すると高い傾向にある。令和3年度までは経年的に減少傾向にあったが、令和4年度は再び増加した。
- ◆病名別死亡状況は、「がん」の割合が最も高く、次いで「心疾患」「脳血管疾患」の割合が高くなっている。前年度比では、「がん」「心疾患」「糖尿病」「腎不全」が増加している。そのため、健診（検診）受診による疾病の早期発見、早期治療が重要である。

【図表2.2】生活習慣病関連死亡率の比較



資料：人口動態調査_死因 [厚生労働省HP] 各年度

【図表2.3】病名別死亡状況の比較



資料：人口動態調査_死因 [厚生労働省HP] 令和4年度

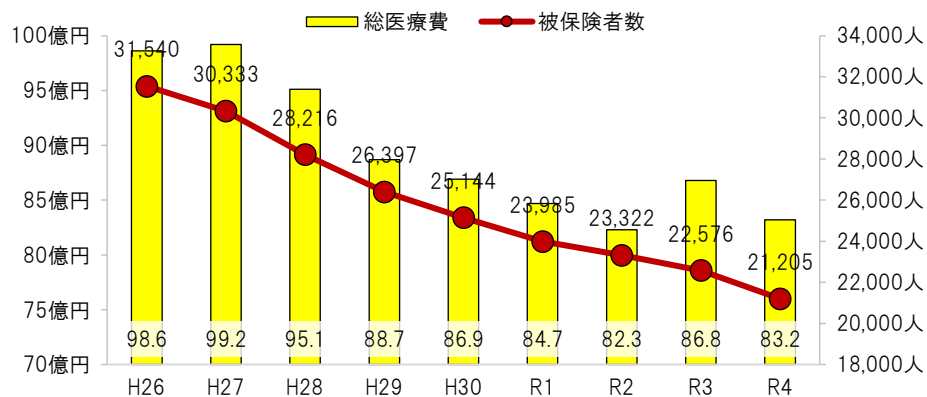
2 医療・健康情報の分析

(1) 医療費の状況

ア 総医療費及び1人当たりの年間医療費の推移

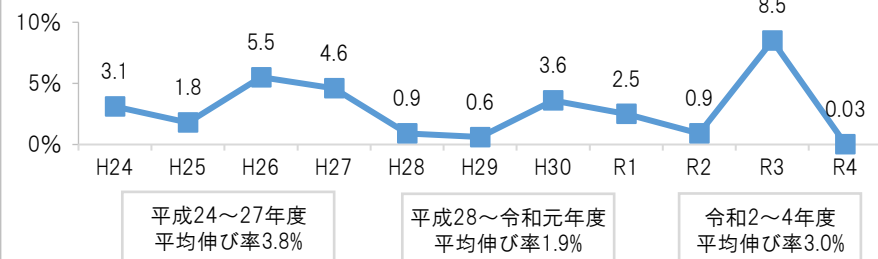
- ◆総医療費は、平成28年度以降、後期高齢者医療制度への移行等による被保険者数減少により減少傾向であった。しかし、コロナ禍による受診控えが解消され、令和3年度に増加傾向に転じた。
- ◆1人当たり医療費は、医療の進歩や疾病構造、被保険者の高齢化の影響により、年々増加している。

〔図表24〕鎌ヶ谷市の被保険者と総医療費の推移



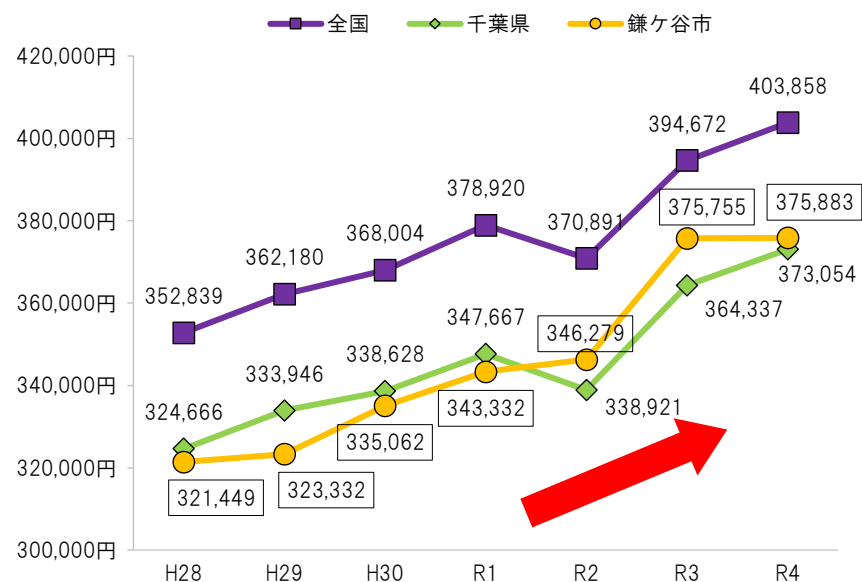
資料：国民健康保険の概要 各年度末現在

〔図表26〕鎌ヶ谷市の1人当たりの年間医療費伸び率の推移



資料：国民健康保険の概要 各年度

〔図表25〕1人当たりの年間医療費の推移

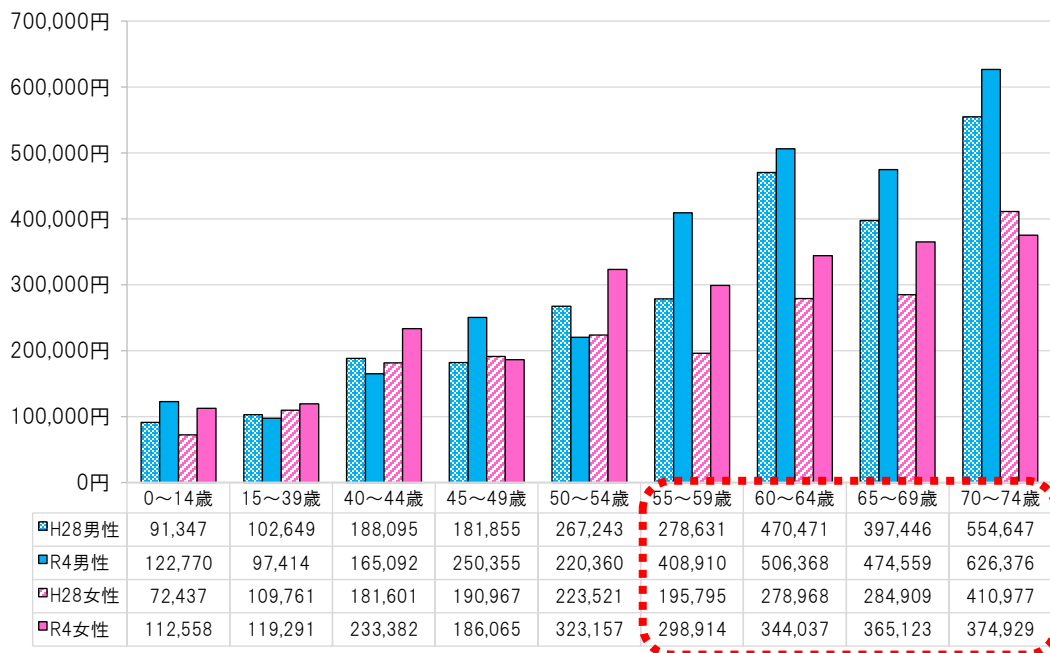


資料：国民健康保険の概要
国民健康保険事業月報〔厚生労働省HP〕 各年度

イ 性別・年齢別1人当たり医療費の状況

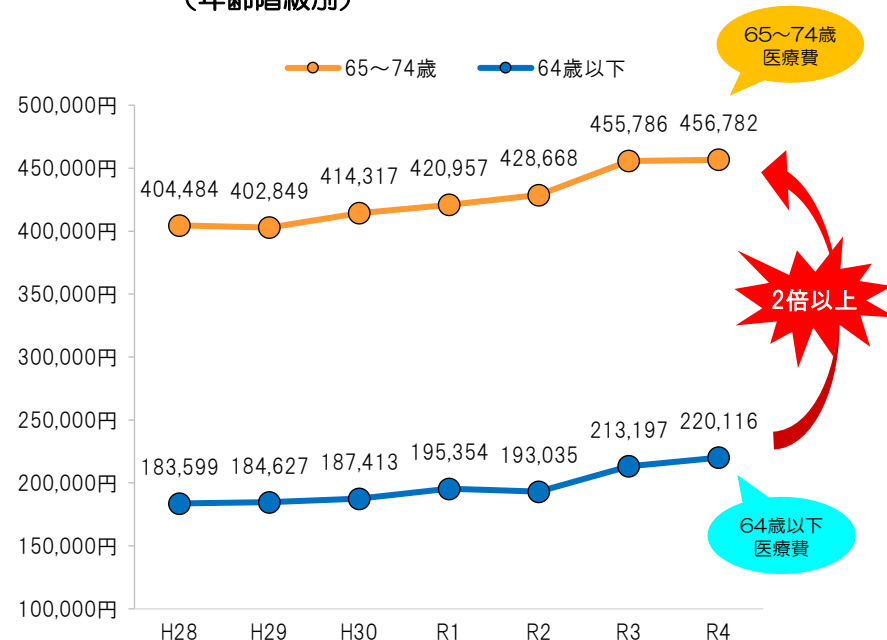
- ◆年々被保険者数は減少しているが、1人当たり医療費は男女ともに増加している。
- ◆1人当たり医療費は年齢が上がるほど増加しており、55歳以上では女性に比べ、男性の医療費が急激に増加している。
- ◆65～74歳と64歳以下の1人当たりの年間医療費を比較すると、2倍以上の差がひらいている。

〔図表27〕 鎌ヶ谷市の1人当たりの年間医療費の比較
(性別・年齢階級別)



資料：KDBシステム「疾病別医療費分析（大分類）1保険者当たり総点数（入院＋外来）」及び
KDBシステム「地域の全体像の把握 被保険者構成」各年度累計より算出

〔図表28〕 鎌ヶ谷市の1人当たりの年間医療費の推移
(年齢階級別)

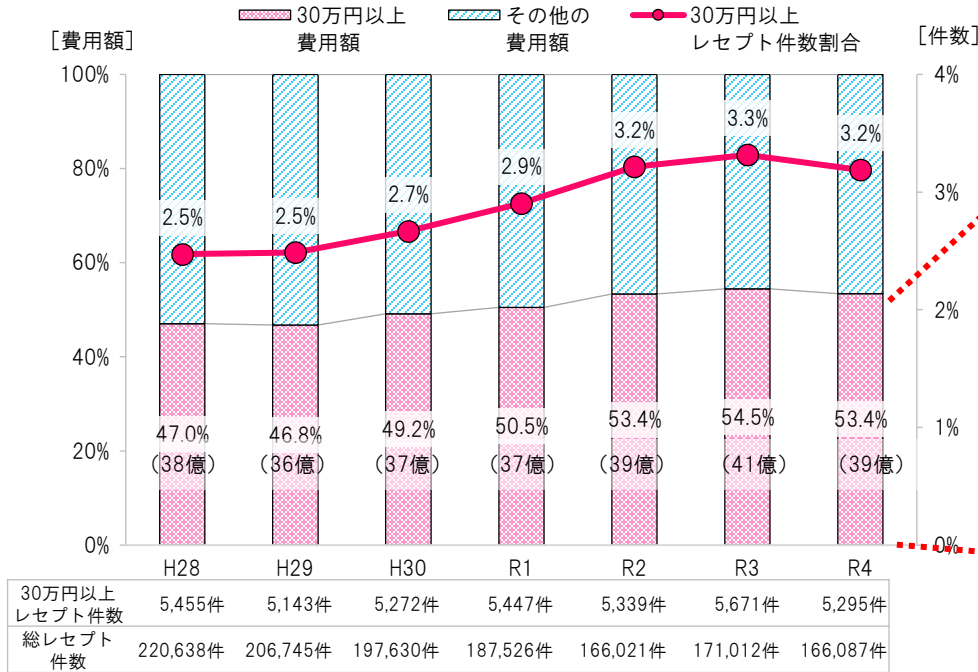


資料：KDBシステム「疾病別医療費分析（大分類）1保険者当たり総点数（入院＋外来）」及び
KDBシステム「地域の全体像の把握 被保険者構成」各年度累計より算出

ウ 1か月当たり30万円以上の高額医療費の状況

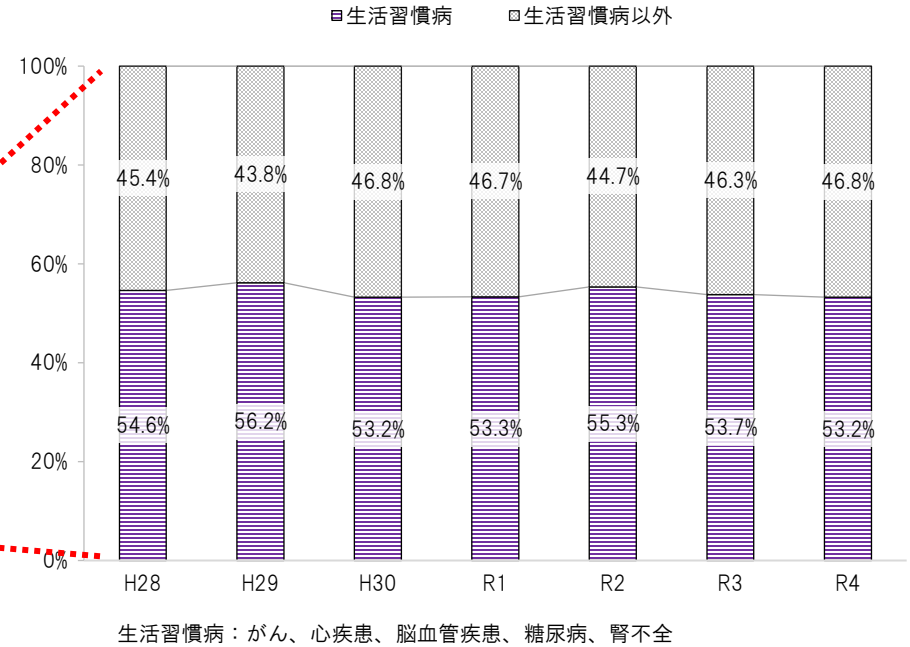
- ◆ 1か月当たり30万円以上の高額医療費は、レセプト件数で見ると全体の3.2%（平成28年度2.5%）だが、費用額では53.4%（平成28年度47.0%）を占めている。高額医療費のレセプトに占める割合や費用額は増加傾向にある。
- ◆ 生活習慣病関連の割合は、約50%台で、横ばいで推移している。

【図表29】鎌ヶ谷市の1か月当たり30万円以上のレセプト件数と費用額の推移



資料：①KDBシステム「厚生労働省様式（1-1）基準金額以上になったレセプト一覧」各年度診療分を集計
②KDBシステム「市区町村別データ」各年度累計より算出

【図表30】鎌ヶ谷市の1か月当たり30万円以上のレセプト件数の推移



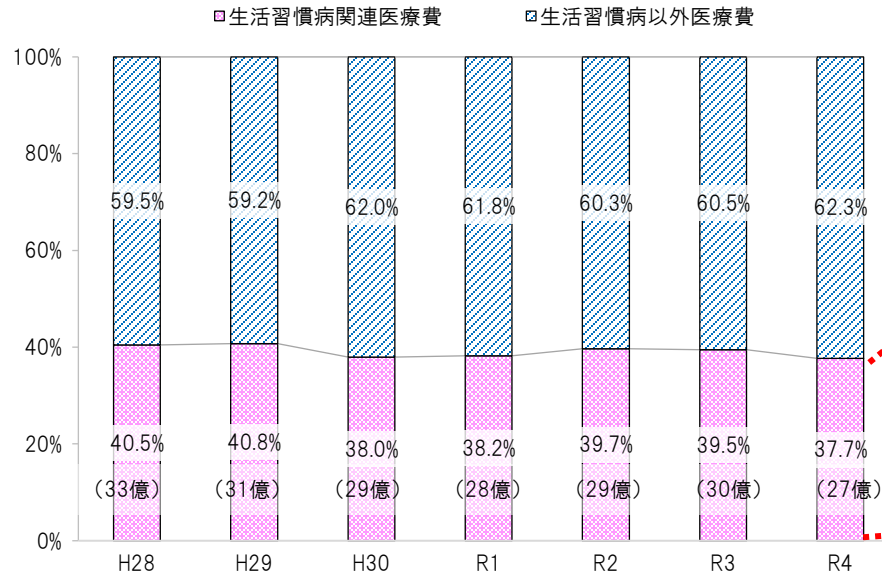
資料：KDBシステム「厚生労働省様式（1-1）基準金額以上となったレセプト一覧」各年度累計より算出

(2) 生活習慣病関連医療費の状況

ア 生活習慣病関連医療費の推移

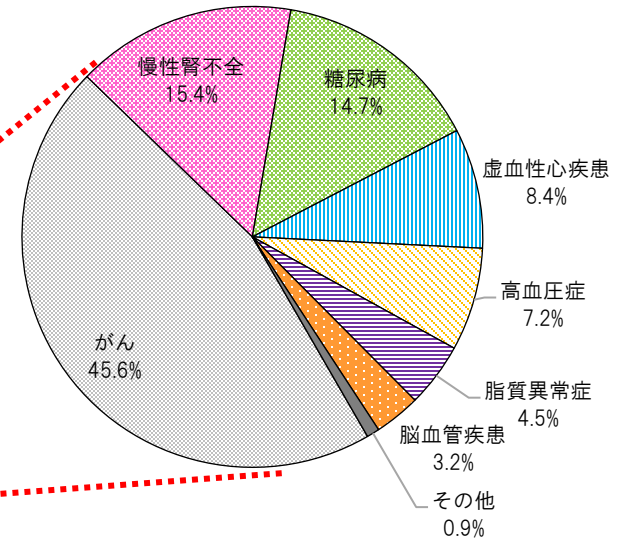
- ◆ 医科医療費のうち、生活習慣病関連医療費は37.7%（約27億円）（平成28年度は40.5%（約33億円））を占めている。
- ◆ 生活習慣病関連医療費の内訳は、がん（45.6%）、慢性腎不全（15.4%）、糖尿病（14.7%）、虚血性心疾患（8.4%）の順に医療費に占める割合が高い。

【図表31】 鎌ヶ谷市の医科医療費に占める生活習慣病関連医療費



資料：KDBシステム「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」
各年度累計より算出

【図表32】 鎌ヶ谷市の生活習慣病関連医療費の内訳

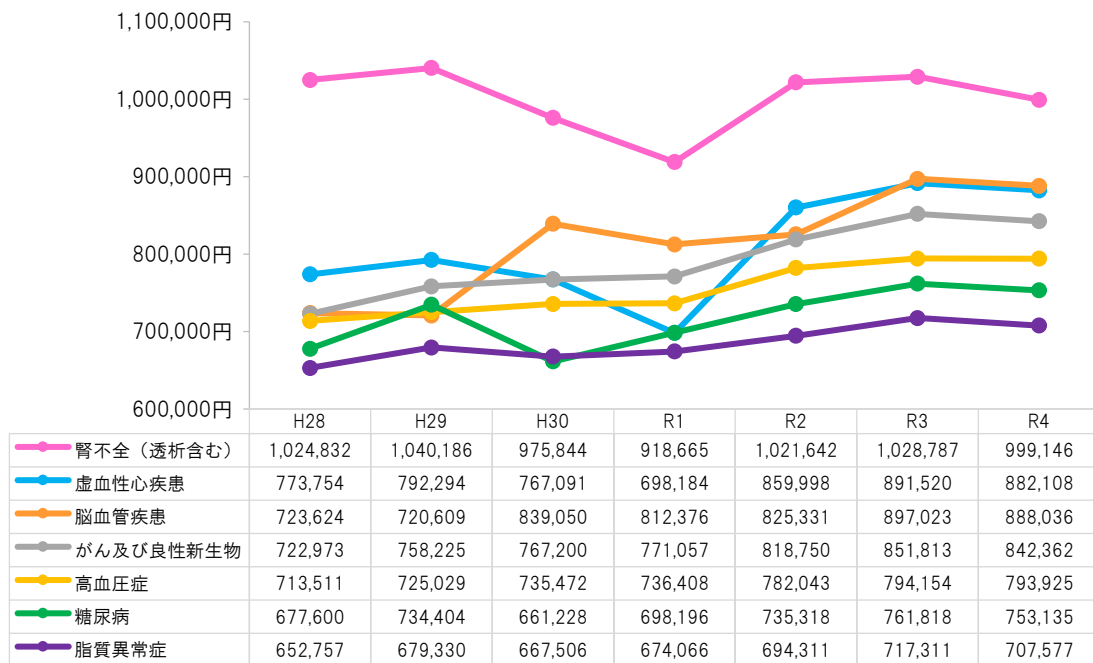


資料：KDBシステム「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」
令和4年度累計より算出

ア 生活習慣病関連医療費の推移

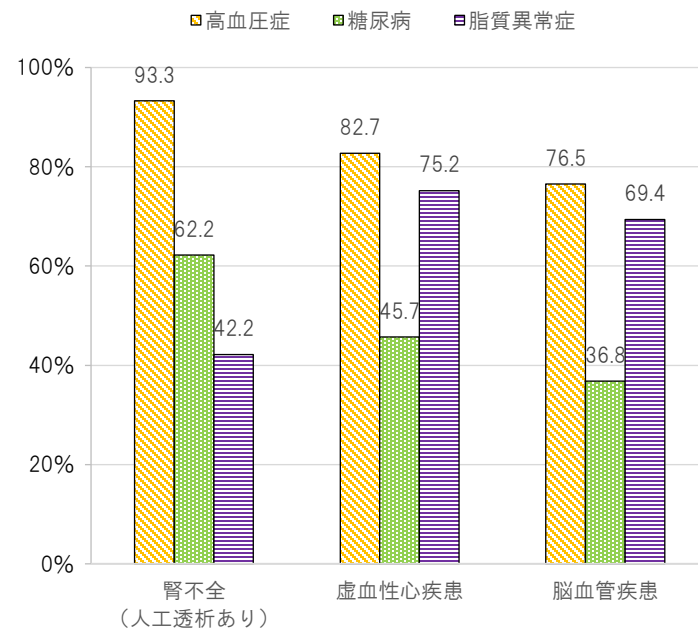
- ◆ 主な生活習慣病の1件当たり医療費は、全体として増加傾向にあり、腎不全（透析含む）、脳血管疾患、虚血性心疾患が特に高い。脳血管疾患、虚血性心疾患、がんの1件当たり医療費は、平成28年度に比べて10万円以上高くなっている。
- ◆ 腎不全・虚血性心疾患・脳血管疾患のレセプトをみると、高血圧症・糖尿病・脂質異常症を有している割合が高くなっている。

〔図表33〕 鎌ヶ谷市の生活習慣病等の1件当たり医療費



資料：KDBシステム「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」
各年度累計より算出（入院＋外来）

〔図表34〕 鎌ヶ谷市の腎不全（人工透析あり）・
虚血性心疾患・脳血管疾患の基礎疾患治療割合



資料：KDBシステム「厚生労働省様式（様式3-5～7）各レセプト分析」
令和5年3月診療

イ 人工透析にかかる医療費および患者数の推移

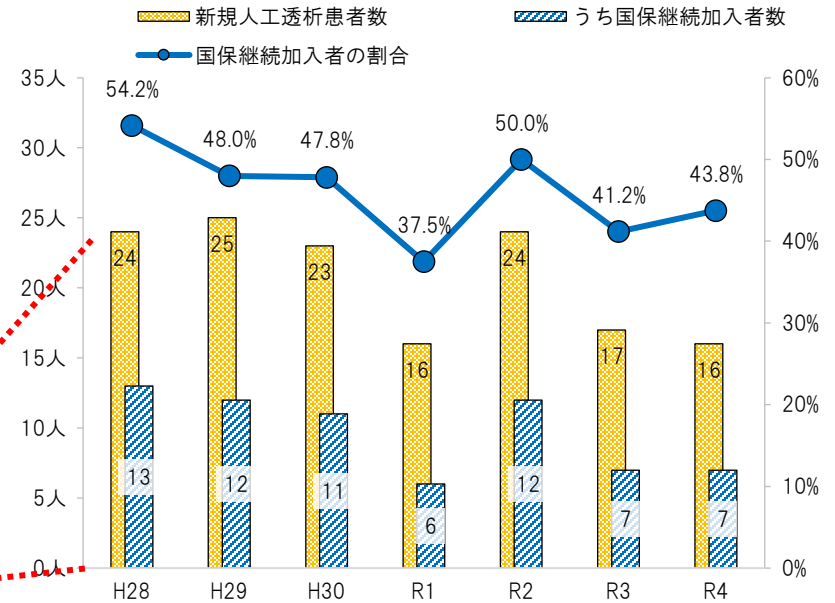
- ◆国民健康保険被保険者のうち約90人が慢性腎臓病により、毎年人工透析を受けている。
- ◆人工透析の1人当たり年間医療費は、平成28年度と令和4年度を比較すると約124万円の減少がみられるが、約450万円の医療費が発生している。
- ◆新規人工透析患者のうち、国保に継続して加入している者は一定数あり、人工透析に移行させないための対策が必要である。

【図表35】鎌ヶ谷市の人工透析の1人当たり年間医療費の比較

	H28	R4
①人工透析患者数	91人	89人
②年間医療費	5億2246万2430円	3億9978万1210円
1人当たりの年間医療費 (②÷①)	574万1345円	449万1924円

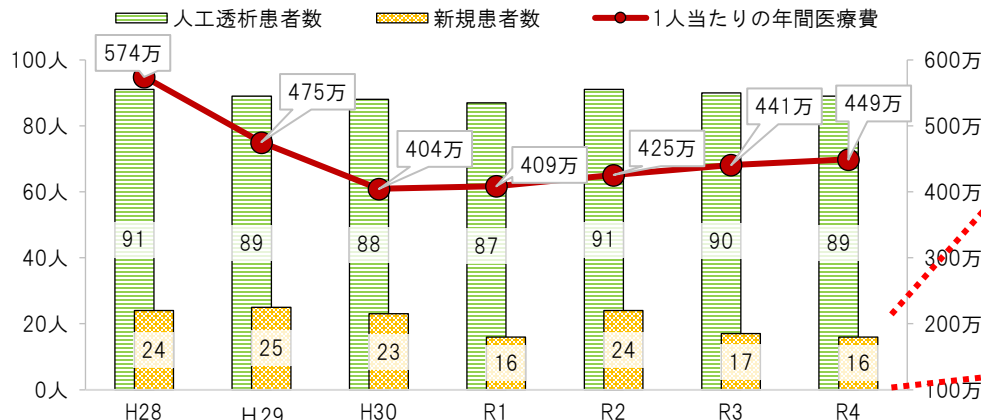
資料：KDBシステム「厚生労働省様式（様式3-7）人工透析のレセプト分析」各年度平均を算出
KDBシステム「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」各年度累計

【図表37】鎌ヶ谷市の新規人工透析患者数の推移



資料：特定疾病受療証の新規交付者 各年度
※国保継続加入者＝継続5年以上鎌ヶ谷市の国保に入っている者

【図表36】鎌ヶ谷市の人工透析患者数と新規患者数、1人当たり年間医療費の推移

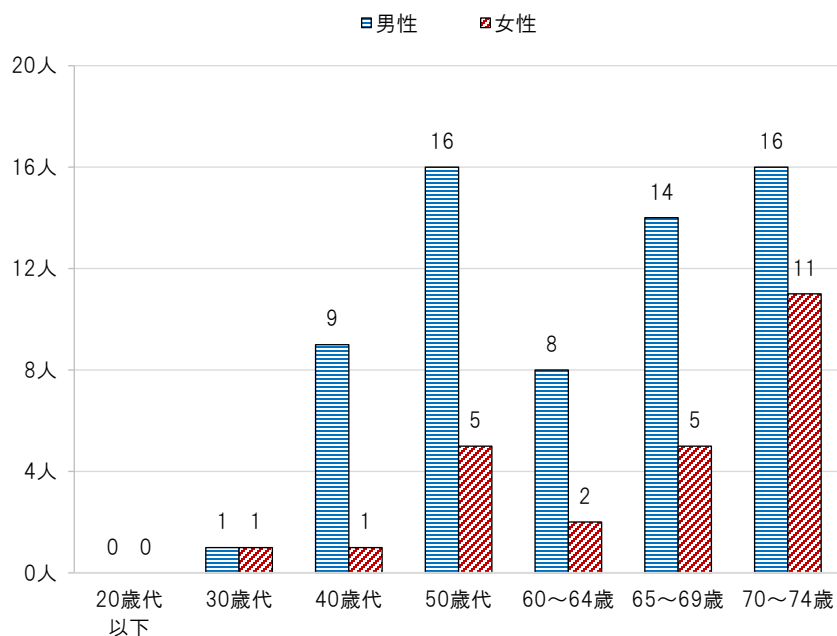


資料：①KDBシステム「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」各年度累計
②KDBシステム「厚生労働省様式（様式3-7）人工透析のレセプト分析」各年度平均を算出
③特定疾病受療証の新規交付者 各年度（新規患者数）

イ 人工透析にかかる医療費および患者数の推移

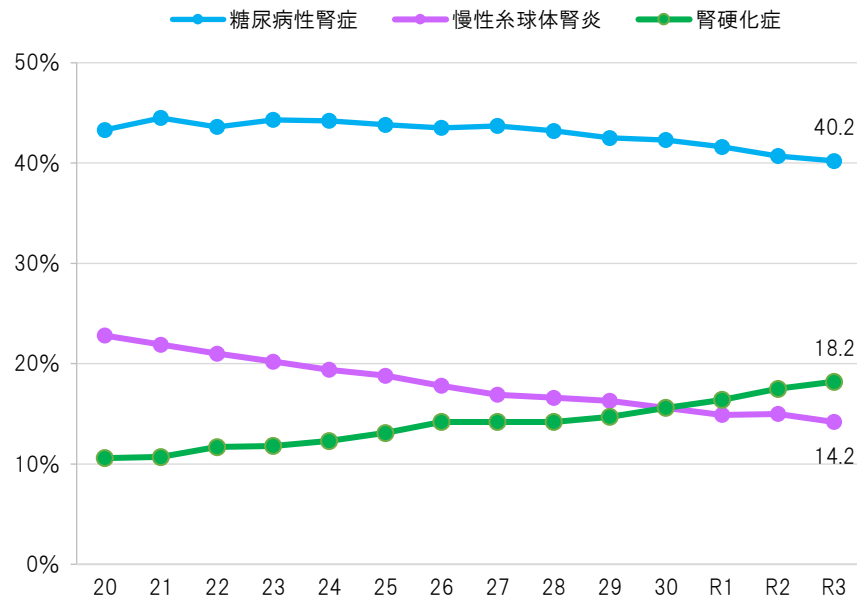
- ◆人工透析を受けている者のうち約7割は男性で、40歳代以降で急増している。
- ◆日本透析医学会による透析導入患者の主要原疾患の推移をみると、糖尿病性腎症の割合が最も高く、令和3年は40.2%となっている。また腎硬化症についても増加傾向にあり、要因となる高血圧の対策が重要である。

〔図表38〕鎌ヶ谷市の人工透析患者数（性別・年齢階級別）



資料：KDBシステム「厚生労働省様式（様式3-7）人工透析のレセプト分析」
性別・年齢階級別に平均人数を算出 令和4年度累計

〔図表39〕透析導入患者の主要原疾患の推移



資料：我が国の慢性透析療法の現状（日本透析医学会）
「透析導入患者の主要原疾患の推移（年別）」より一部抜粋

- ※慢性糸球体腎炎…糸球体の炎症によって、蛋白尿や血尿が長期間持続する病気の総称
- ※腎硬化症…高血圧の持続の結果生じた糸球体硬化、腎組織の線維化に基づく病態

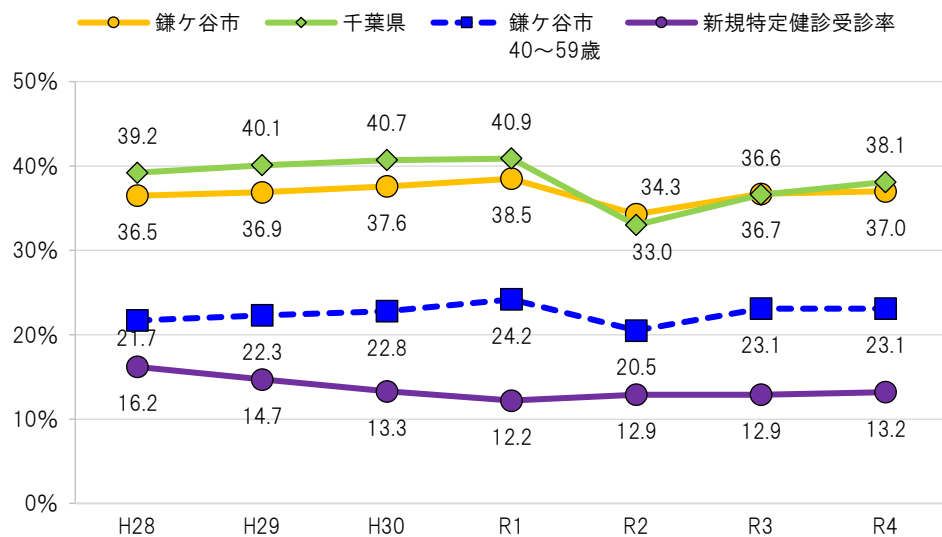
3 健診情報の分析

(1) 特定健康診査の状況

ア 特定健康診査受診率の推移

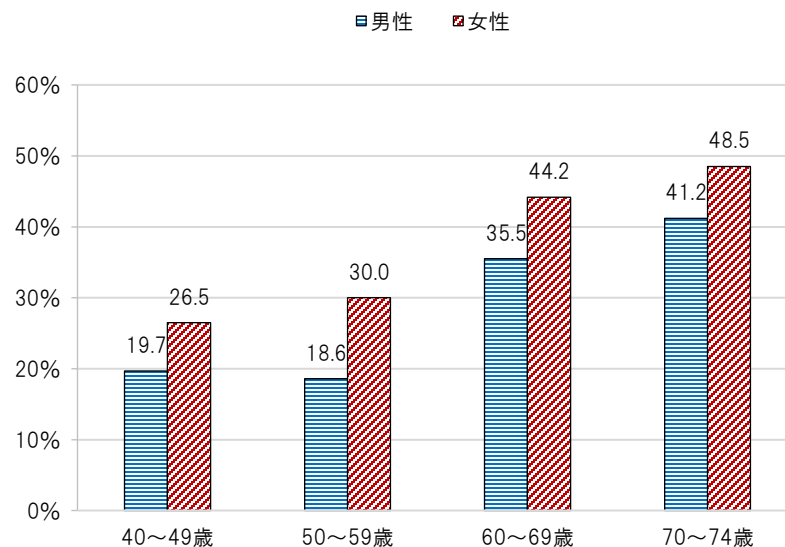
- ◆受診率は緩やかに上昇していたが、新型コロナウイルス感染症のため、令和2年度に減少した。令和3年度に再び増加に転じ、平成28年度と比較すると、令和4年度は0.5ポイント向上した。令和2年度より千葉県と同水準に近づいたが、令和4年度は再び千葉県を下回る結果となったが、その差は減少してきている。課題としていた40～59歳の受診率は、平成28年度と比較すると、令和4年度は1.4ポイント向上した。
- ◆新規受診率は経年的に低下していたが、令和2年度から上昇に転じ、令和4年度は前年度より0.3ポイント向上した。
- ◆年齢別では60～74歳の受診率と比較すると、40～59歳の受診率が低く、どの年代においても女性と比較して男性の受診率が低い。

[図表40] 鎌ヶ谷市の特定健診受診率の推移（千葉県との比較）



資料：特定健診等法定報告 各年度（特定健診受診率）
KDB「地域全体像の把握」各年度累計（新規健診受診率）

[図表41] 鎌ヶ谷市の特定健診受診率（性別・年齢階級別）

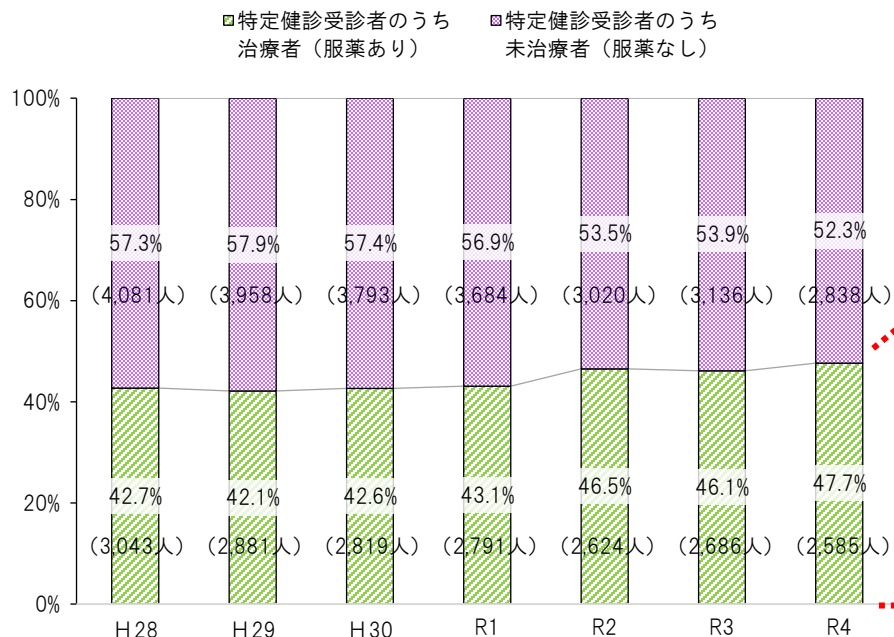


資料：特定健診等法定報告 令和4年度

イ 特定健康診査受診者の健康状態

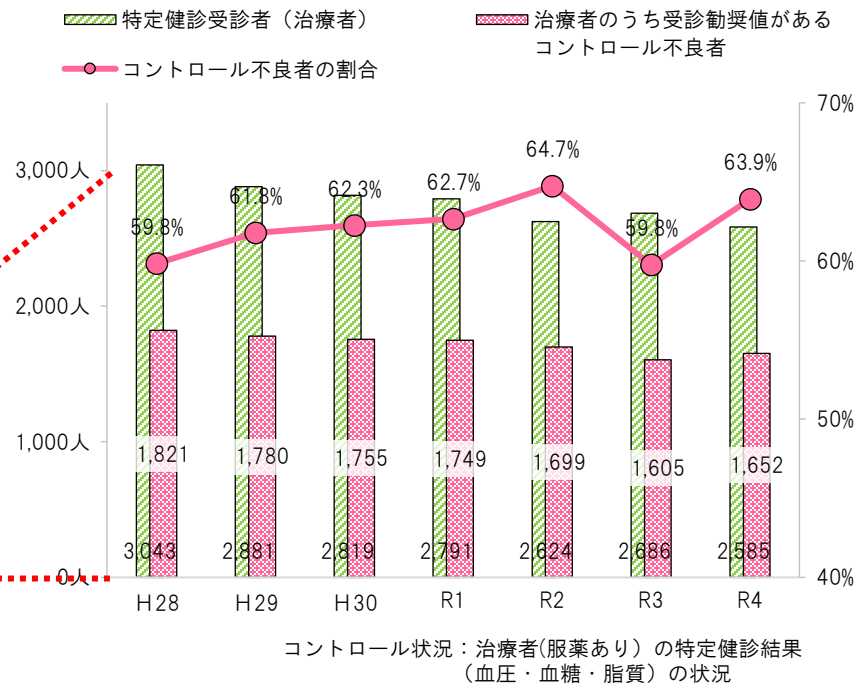
- ◆特定健康診査受診者のうち、治療者（服薬あり）が約48%で増加している。
- ◆令和4年度では、治療者（服薬あり）のうち、受診勧奨値があり、生活習慣病のコントロール状況が不良な者（コントロール不良者）は63.9%で、平成28年度と比較すると増加している。

〔図表4-2〕鎌ケ谷市の特定健診受診者の治療状況



資料：特定健診等法定報告データより算出 各年度

〔図表4-3〕鎌ケ谷市の特定健診受診者（治療者）におけるコントロール不良者の割合



コントロール状況：治療者（服薬あり）の特定健診結果（血圧・血糖・脂質）の状況

資料：特定健診等法定報告データより算出 各年度

ウ 生活習慣からみる特定健康診査受診者の健康状態

- ◆特に運動習慣に関連する項目で「習慣なし」と回答する者の割合は、千葉県より多く、平成30年度より増加傾向にある。
- ◆週3回以上朝食を抜く者の割合は千葉県より高く、平成30年度より増加傾向にある。
- ◆咀嚼良好者（何でもかめる者）の割合は、千葉県とほぼ同等であるが、平成30年度より減少傾向にある。
- ◆生活習慣の改善に取り組んでいる者の割合が増加傾向にあり、千葉県や同規模市町村と比較しても多い傾向にある。
- ◆運動不足や偏った食事、咀嚼力の低下等が身体機能の低下につながるため、運動や規則正しい食事、オーラルケアの重要性について、周知・啓発を強化する必要がある。

[図表44] 運動・食事の生活習慣の比較

	H30			R1			R2			R3			R4		
	鎌ヶ谷市	千葉県	同規模市町村	鎌ヶ谷市	千葉県	同規模市町村	鎌ヶ谷市	千葉県	同規模市町村	鎌ヶ谷市	千葉県	同規模市町村	鎌ヶ谷市	千葉県	同規模市町村
1回30分以上運動習慣なしの者の割合	55.7%	55.6%	58.0%	57.0%	55.8%	58.2%	57.4%	56.2%	58.5%	58.2%	56.8%	58.9%	58.1%	56.8%	58.6%
1日1時間以上の運動なしの者の割合	46.8%	44.1%	47.8%	48.3%	43.6%	48.2%	48.8%	45.3%	49.1%	48.4%	44.8%	48.9%	48.5%	44.3%	48.6%
週3回以上就寝前に夕食をとる者の割合	14.6%	16.9%	15.1%	15.3%	16.7%	15.1%	14.2%	15.4%	14.3%	14.5%	15.4%	14.2%	14.8%	15.3%	14.2%
朝昼夕3食以外に間食や甘い飲み物をとる者の割合	77.1%	78.5%	77.6%	77.7%	77.8%	78.3%	77.8%	79.0%	78.6%	78.4%	79.6%	79.1%	78.7%	79.8%	79.4%
週3回以上朝食を抜く者の割合	8.5%	8.6%	7.9%	9.3%	8.9%	8.2%	9.1%	8.7%	8.1%	9.5%	9.5%	8.7%	10.9%	9.9%	9.2%
50～74歳における咀嚼良好者（何でもかめる者）の割合	80.0%	79.7%	79.1%	79.2%	79.3%	78.5%	79.1%	79.6%	78.3%	78.0%	78.7%	78.0%	78.4%	78.6%	78.0%
睡眠不足ではないと感じた者の割合	75.4%	76.0%	75.5%	75.7%	75.9%	75.3%	76.6%	77.8%	76.6%	76.7%	77.4%	76.4%	76.0%	76.4%	75.6%
生活習慣改善に取り組んでいると回答した者の割合	43.9%	43.1%	43.4%	43.9%	43.4%	43.7%	45.0%	44.1%	43.9%	45.8%	44.9%	44.7%	45.3%	44.6%	44.9%

資料：KDBシステム「地域全体像の把握」 各年度累計

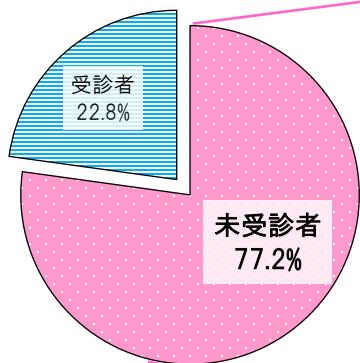
※鎌ヶ谷市の平成30年と令和4年を比較し、悪化している項目を青枠から赤枠に、改善している項目を赤枠から青枠に表記する。

※同規模市町村に関しては、全国の人口同規模市町村のデータとなる。

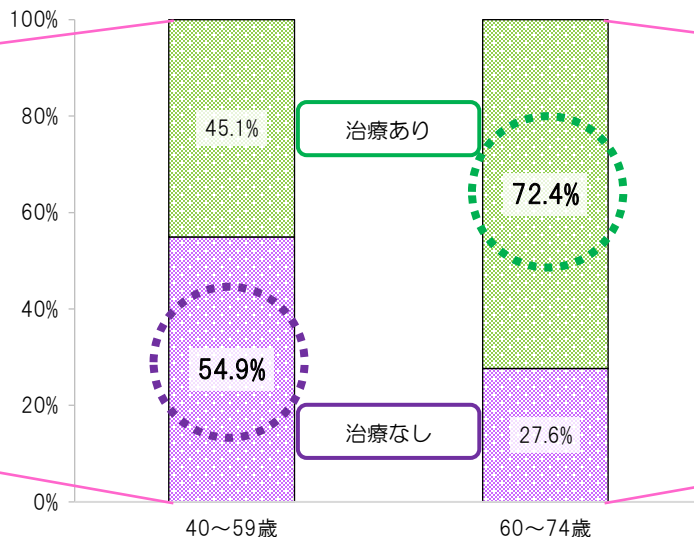
工 特定健康診査未受診者の治療状況

◆受診率の低い40～59歳の未受診者のうち、約55%が生活習慣病の「治療なし」で、健康状態が不明な状態となっている。
また、60～74歳の未受診者のうち、「治療あり」が70%を超えている。

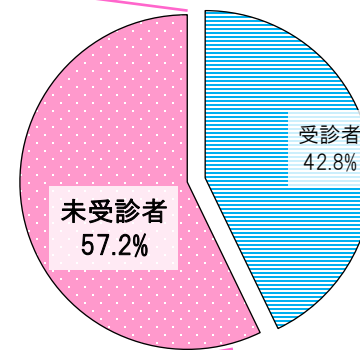
【図表45】鎌ヶ谷市の特定健診受診状況
(40～59歳)



【図表47】鎌ヶ谷市の特定健診
未受診者の治療状況



【図表46】鎌ヶ谷市の特定健診受診状況
(60～74歳)



特定健康診査未受診者のうち、治療なしで健康状態が不明な方には、自分の健康状態を把握してもらうため、特定健診の受診をより勧奨していく必要があります。



※「治療あり」「治療なし」は生活習慣病のレセプトの有無により判定

【図表45】～【図表47】
資料：KDBシステム「厚生労働省様式（5-5）
糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」
令和4年度案計より算出

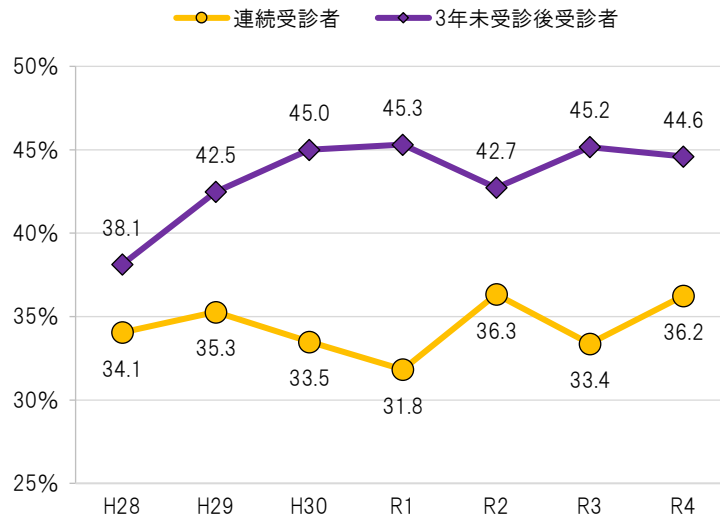
治療ありで未受診者の方について調査したところ、治療として腎機能の検査が行われていない場合が多いことが分かっています。かかりつけ医と相談し、必要な方は年1回健診を受診しましょう。



才 特定健康診査の受診状況における比較

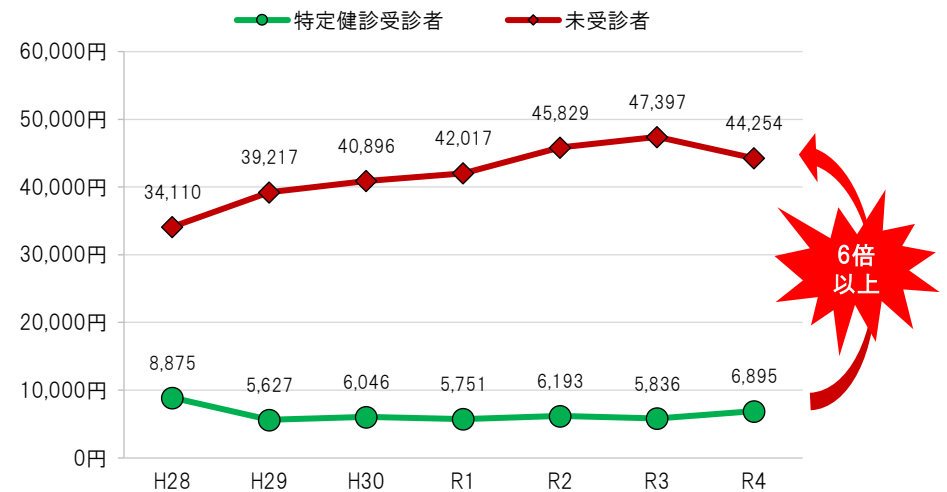
- ◆ 特定健康診査を3年間未受診だったのち受診した者は、特定健康診査の受診勧奨値ありの割合が高い。
- ◆ 特定健康診査の受診者・未受診者別に生活習慣病等1人当たり医療費を比較すると、未受診者は受診者の約6倍以上も高く、年々差が大きくなっている。

〔図表48〕 鎌ヶ谷市の受診勧奨値の割合（特定健診受診状況別）



資料：特定健診等法定報告データより算出 各年度

〔図表49〕 鎌ヶ谷市の生活習慣病等の1人当たり医療費（特定健診受診状況別）



資料：KDBシステム「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」各年度累計

【連続受診者】：4年間連続受診
 【3年未受診後受診者】：3年連続未受診後、次年度受診

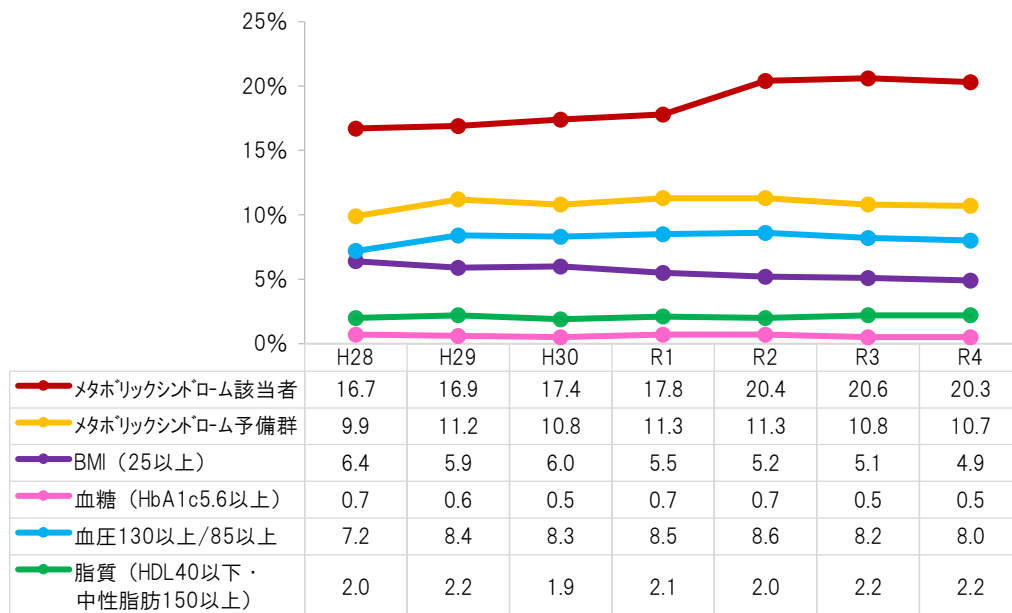
【受診勧奨値】
 血圧…収縮期血圧：140mmHg以上又は拡張期血圧：90mmHg以上
 血糖…HbA1c：6.5%以上
 脂質…中性脂肪：300mg/dl以上又はHDLコレステロール：34mg/dl以下

(2) 特定保健指導の状況

ア 特定保健指導の実施状況

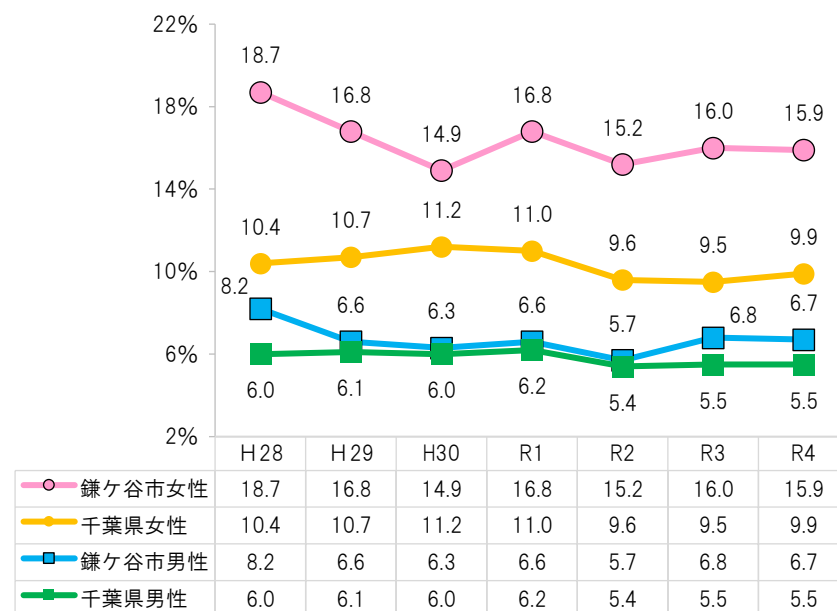
- ◆健診受診者のうち、メタボリックシンドローム該当者は令和2年度以降、増加傾向にあるが、予備群該当者及び健診有所見者（血糖・血圧・脂質）は経年的に横ばい状態で、常に一定数存在している。健診有所見者（BMI）のみ、平成28年度と比較し、減少傾向である。
- ◆非メタボリックシンドロームの者のうち、血糖のみのリスク保持者の割合については、令和4年度は女性が千葉県と比較して6ポイント高いが、平成28年度と比較すると、県との差は減少している。特定保健指導の対象外ではあるが、重症化予防に関する支援を継続して実施する必要がある。

【図表50】鎌ヶ谷市のメタボリックシンドローム該当者及び予備群該当者、特定健診有所見者の割合



資料：KDBシステム「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」各年度累計

【図表51】非メタボリックシンドロームの者のうち、血糖のみのリスク保持者の割合の比較

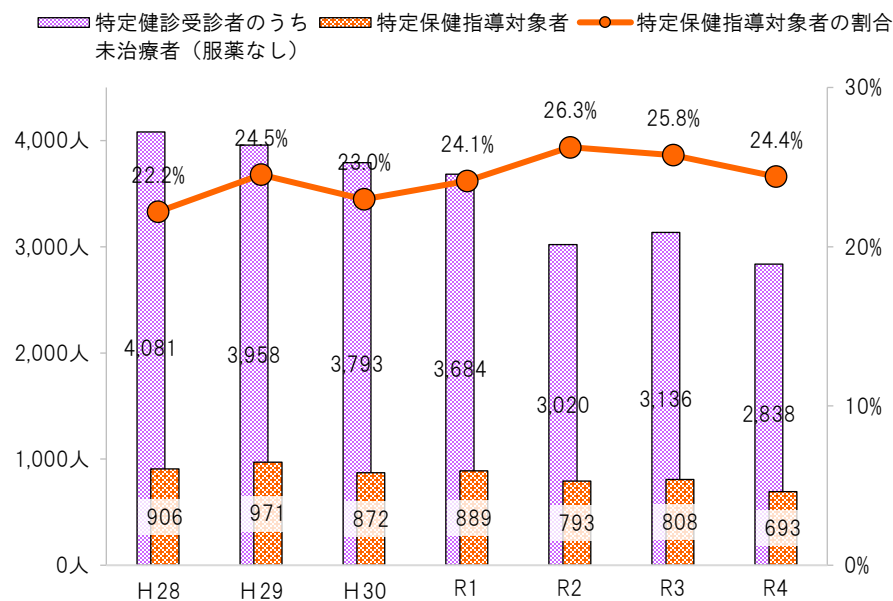


資料：特定健診等法定報告 各年度

ア 特定保健指導の実施状況

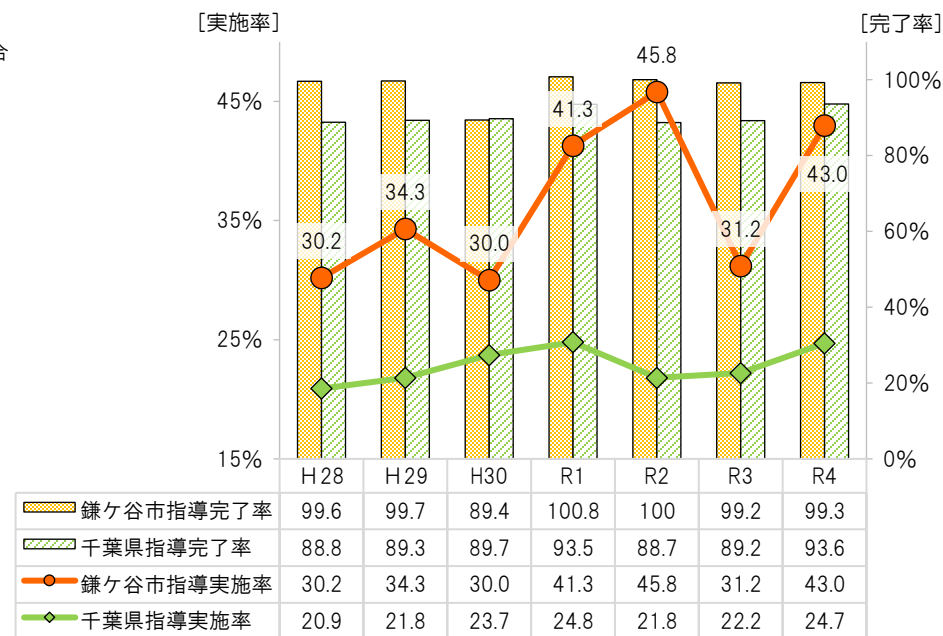
- ◆令和4年度の特定健康診査受診者のうち、未治療者（服薬なし）は2,838人で、そのうち特定保健指導対象者は693人（約24％）で、特定保健指導対象者の割合は平成28年度と比較すると、増加傾向である。
- ◆特定保健指導の実施率は千葉県と比較して高い。また、指導完了（特定保健指導を最後まで終えた）率をみると、ほぼ全員が完了しており、千葉県より高い状況である。

〔図表52〕鎌ヶ谷市の特定保健指導対象者の割合



資料：特定健診等法定報告データより算出 各年度

〔図表53〕特定保健指導実施率・完了率の推移と比較



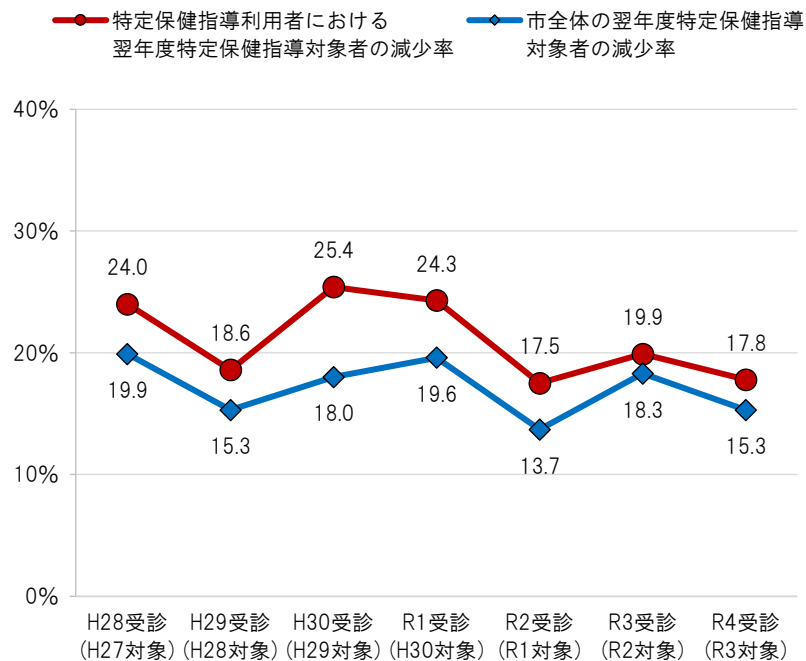
資料：特定健診等法定報告 各年度

※令和元年度はシステム変更により平成30年度積極的支援対象者が年度をまたいで、一部令和元年度の動機付け支援として登録されたため、完了率が100%を超えている。

イ 特定保健指導利用者の翌年度の状況

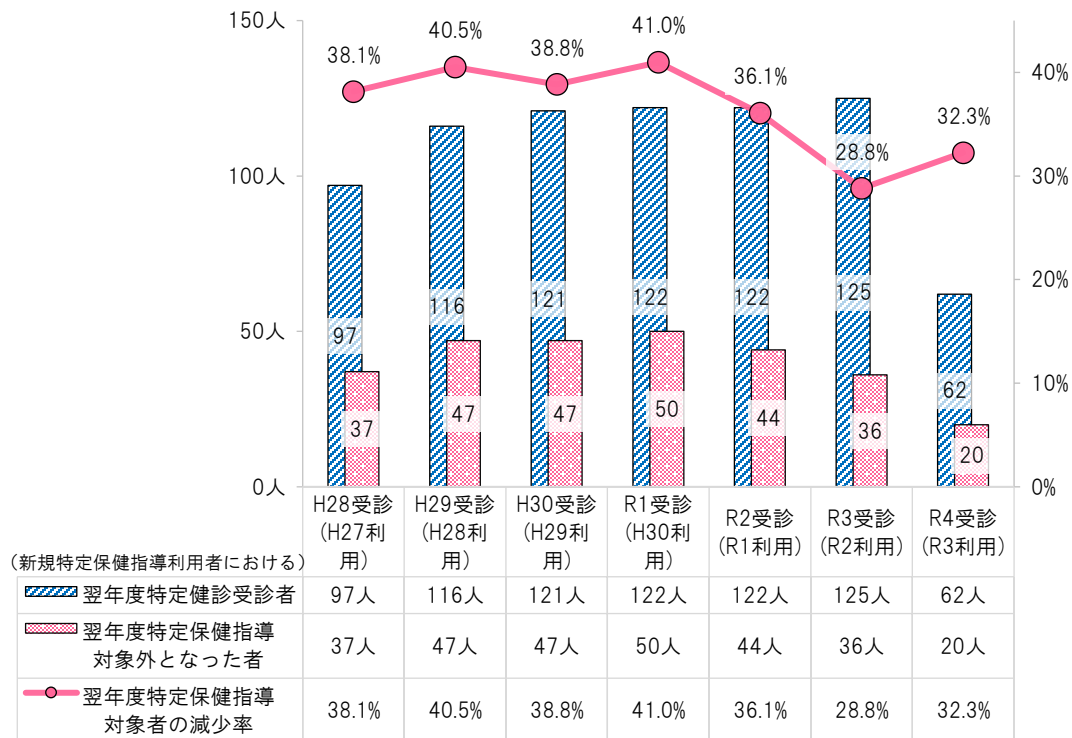
- ◆ 特定保健指導利用者における翌年度特定保健指導対象者の減少率は約17～25%と年度によってばらつきがある。
- ◆ 新規特定保健指導利用者における翌年度特定保健指導対象者の減少率は約30～40%とさらに高いことから、新規利用者への指導効果は高いと考えられる。

【図表54】 鎌ヶ谷市の特定保健指導利用者における翌年度特定保健指導対象者の減少率



資料：特定健診等法定報告 各年度

【図表55】 鎌ヶ谷市の新規特定保健指導利用者における翌年度特定保健指導対象者の減少率



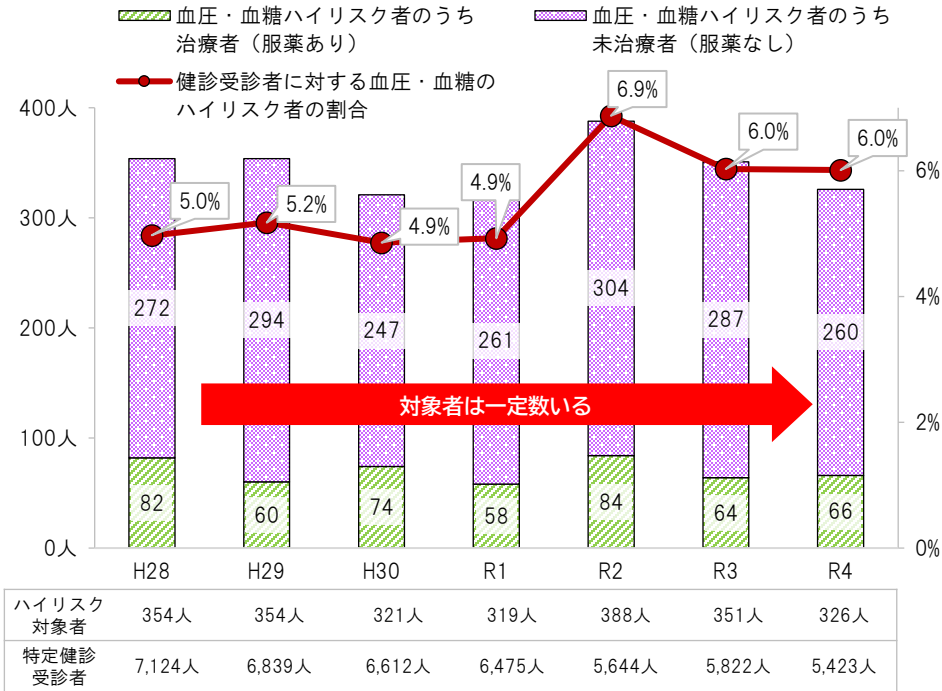
資料：特定健診等法定報告データより算出 各年度

(3) 重症化予防対策事業の状況

ア 血圧・血糖のハイリスク者の出現率と改善状況

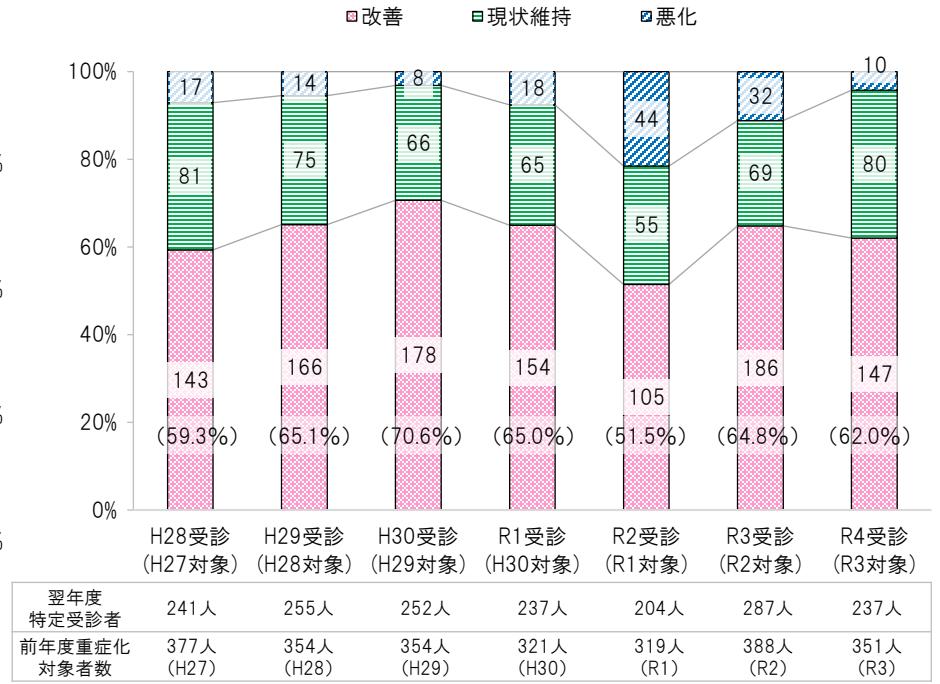
- ◆ 特定健康診査受診者のうち、血圧・血糖のハイリスク者は経年的に約5～6%で推移しており、増加傾向である。
- ◆ 血圧・血糖ハイリスク者で、令和3年度と令和4年度に特定健康診査を受診し、健診結果が比較できる237人のうち、147人（約62%）が改善しており、重症化予防事業の効果が翌年の健診結果に現れている。

〔図表56〕 鎌ヶ谷市の血圧・血糖のハイリスク者数とその割合の推移



資料：特定健診等法定報告データより算出 各年度

〔図表57〕 鎌ヶ谷市の血圧・血糖のハイリスク者における翌年度の健診結果状況

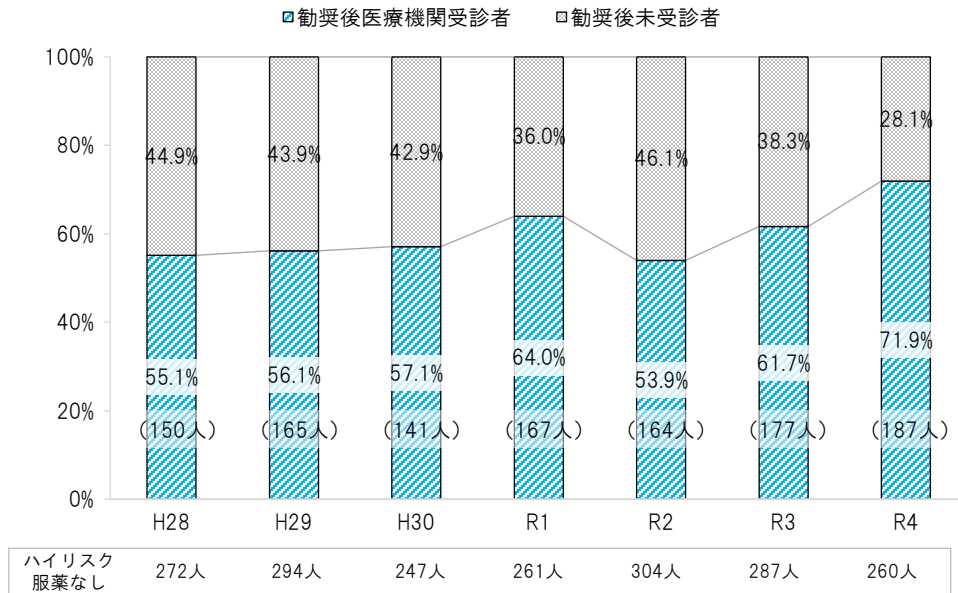


資料：特定健診等法定報告データより算出 各年度

イ 血圧・血糖ハイリスク者および要医療勧奨者への受診勧奨後の結果

- ◆血圧・血糖ハイリスク者における受診勧奨対象者のうち、勧奨後の医療機関受診率は令和3年度までは約50～60%で推移していたが、令和4年度は約72%に向上した。
- ◆受診勧奨値を超える要医療者で受診勧奨対象者のうち、勧奨後の医療機関受診率は60%を超えている。

〔図表58〕 鎌ヶ谷市の血圧・血糖ハイリスク者（服薬なし）における受診勧奨後の医療機関受診状況

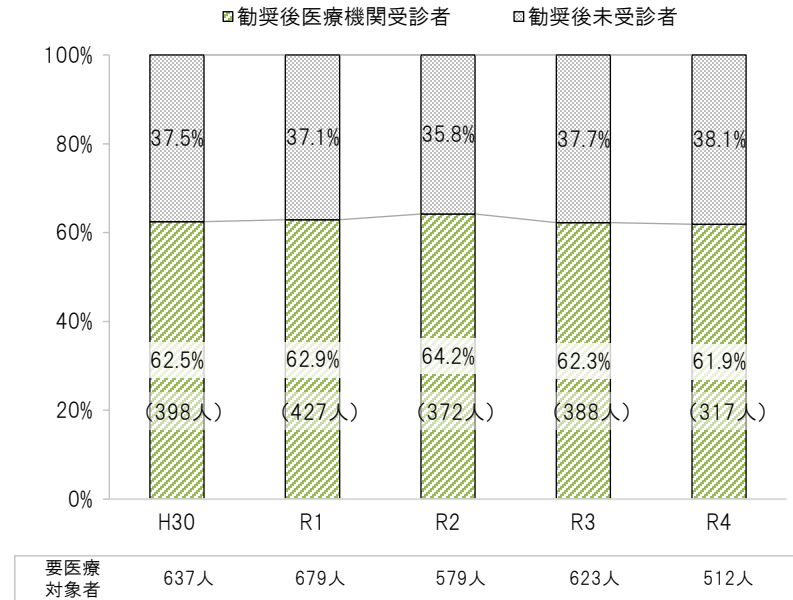


資料：特定健診等法定報告データより算出 各年度

受診勧奨後に医療機関につながることで治療の必要性を早期に医師に相談でき、重症化予防の一助として一定の効果があると考えられます。



〔図表59〕 鎌ヶ谷市の要医療者における受診勧奨後の医療機関受診状況



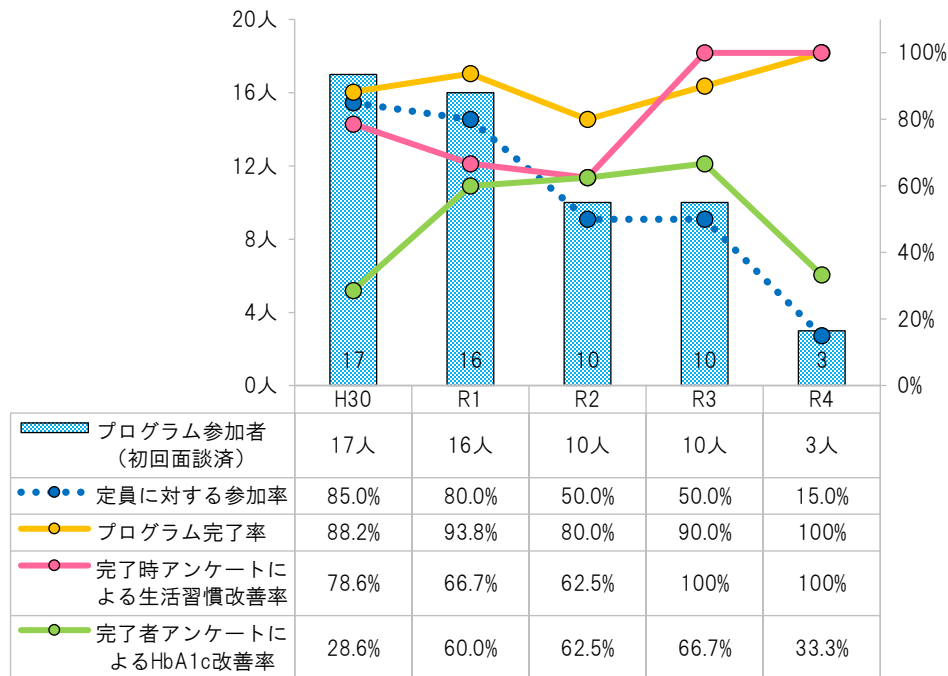
要医療者：腎機能、血糖、血中脂質、肝機能、尿酸、尿検査が一定の基準以上の者

資料：特定健診等法定報告データより算出 各年度

(4) 糖尿病性腎症重症化予防対策事業の状況

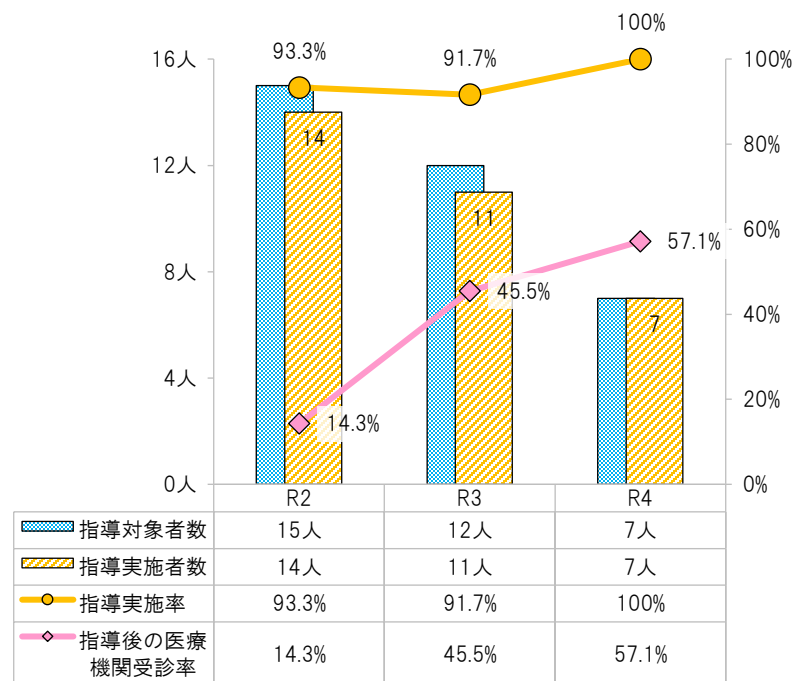
- ◆プログラム参加人数は減少傾向にあるものの、プログラム完了率は80%以上であり、改善意欲の高い者が参加している傾向にある。
- ◆プログラム参加者の生活習慣改善率は向上している。また、血糖の評価指標であるHbA1cの改善率は年度によってばらつきがあるが、大きな悪化は見られない。
- ◆糖尿病治療中断者のうち保健指導実施者については、医療機関受診率が年々向上している。

【図表60】 鎌ヶ谷市の糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加者の完了率と完了後の生活習慣とHbA1c改善率



資料：①糖尿病性腎症重症化予防プログラム実績 各年度
②アンケート結果等 各年度

【図表61】 鎌ヶ谷市の糖尿病治療中断者への保健指導実施状況



資料：糖尿病治療中断者への保健指導実績 各年度

第4章 データヘルス計画第3期の内容

1 データヘルス計画第3期における課題及び対策

健診・医療情報の分析により、本計画の目的である「健康寿命の延伸」及び「医療費の適正化」には、特に生活習慣病の予防・早期発見と、その重症化の予防が重要であることが明確となった。

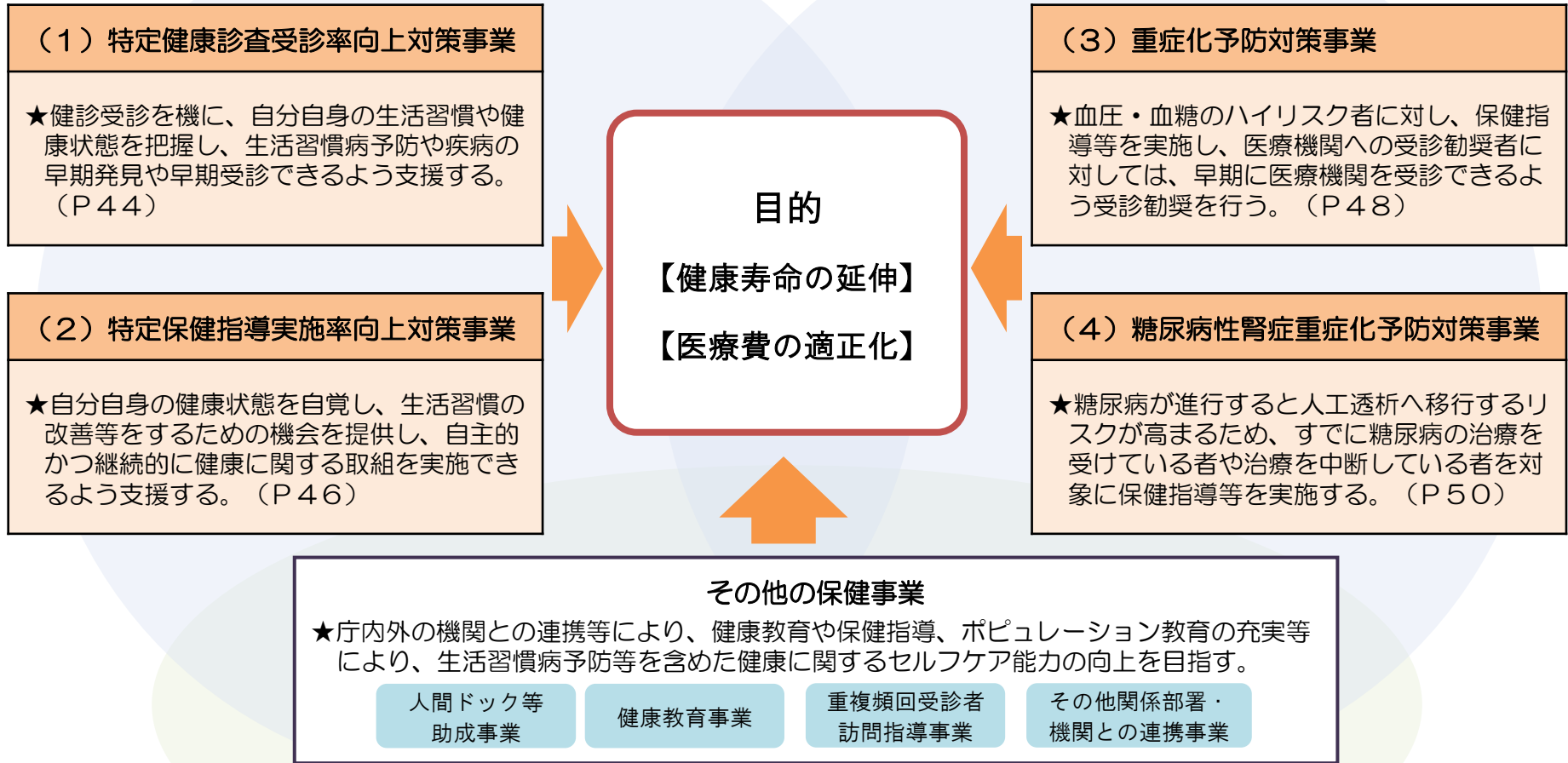
本章では、分析結果から明確となった健康課題について、優先度の高い課題を抽出し、課題に対応した対策をまとめた。

【課題】

- (1) ・40～59歳の特定健康診査受診率が低く、また、どの年代においても女性と比較して男性の受診率が低い。
・特定健康診査の受診者・未受診者別に生活習慣病1人当たり医療費を比較すると、未受診者は受診者の約6倍高くなっている。
・1人当たり医療費も年齢が上がるとともに増加している。
⇒早期から受診勧奨し、健診結果から自身の健康状態を把握し、生活習慣病予防や早期発見に努める必要がある。
- (2) ・メタボリックシンドローム該当者は増加傾向であり、特定保健指導対象者の割合も経年的に増加傾向にある。
⇒特定保健指導の充実を図り、行動変容等を促し、特定保健指導実施率を向上させる必要がある。
- (3) ・生活習慣病関連医療費は医科医療費の約4割（約27億円）を占めている。
・主な生活習慣病の1件当たり医療費は、全体として増加傾向にある。
・非メタボリックシンドロームの者のうち、血糖のみのリスク保持者が多く、特に女性が千葉県と比較して高い。
⇒重症化した生活習慣病が医療費を引き上げる一因になっており、血圧・血糖のハイリスク者に対し、重点的に指導を実施することが必要である。
- (4) ・人工透析治療患者は男性が40歳代から急増し、1人当たり年間約450万円の医療費が発生している。
・新規人工透析患者のうち、国保に継続して加入している者は一定数いる。
・透析導入患者の主要疾患では、糖尿病性腎症が全体の約40%を占めている。
⇒糖尿病の重症化により、人工透析への移行を防止することが必要である。
⇒治療中断者への支援を含め、早期から支援を開始し、重症化を防止する必要がある。



【対策】



★鎌ヶ谷市の現状、医療費の状況、特定健康診査等の状況から、データヘルス計画として4つの対策に重点的に取り組み、その他の保健事業の実施と合わせて、本計画の目的である「健康寿命の延伸」「医療費の適正化」を目指す。

※「健康寿命の延伸」や「医療費適正化」に関しては、長期の保健事業の取組により変化し、医療の発達や病院の立地等により変化するものであることから、評価指標として提示せず、参考値として設定し、経年的に数値をモニタリングしていく。
(千葉県第3期データヘルス計画策定についての資料より)

2 今後の保健事業計画

★評価指標については、県の標準化に伴う共通評価指標の基本評価指標と着目すべき追加評価指標の一部と鎌ヶ谷市独自で設定した指標に基づき、評価する。

※ベースライン値は現状値を四捨五入して記載。但し、値が1%台のものは、現状値のまま記載する。

(1) 特定健康診査受診率向上対策事業

★健診受診を機に生活習慣を振り返り、健診結果から自分自身の健康状態を把握し、生活習慣病予防や疾病の早期発見、早期受診できるよう、特定健康診査受診率の向上を目指す。
特に受診率の低い40～50歳代の受診率向上を目指す。

【評価指標】

	評価指標	目標	ベースライン値	期間						県共通評価指標 No
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
1	特定健康診査受診率	毎年1ポイント向上	37%	39%	40%	41%	42%	43%	44%	No.3
2	年齢階層別特定健康診査受診率	40～50歳代受診率 毎年1ポイント向上	23%	24%	25%	26%	27%	28%	29%	No.4

★特定健康診査受診率については、データヘルス計画第2期の最終目標44%が未達成であることから、引き続き44%を第3期の最終目標として設定した。

【実施方法】

	取組	対象	実施内容及び体制	期間	新規	継続	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	40～50歳代未受診者への受診勧奨	40歳・41～49歳前年未受診者・43～59歳3年未受診者	<ul style="list-style-type: none"> 専門職による電話及び訪問による情報提供と受診勧奨を実施する。特に男性に関しては訪問による受診勧奨を強化して実施する。 はじめて特定健康診査対象となる40歳には、情報提供と受診勧奨のため、はがきを送付する。 	6月から12月		●	実施	→				
2	70～74歳の未受診者への受診勧奨	70～74歳で健康状態不明者（3年未受診かつ内科・歯科・介護未利用者）	<ul style="list-style-type: none"> 専門職を中心に、電話及び訪問による情報提供と受診勧奨を実施する。 	6月から12月		●	実施	→				
3	ワンコイン受診	連続受診者・40歳の者	<ul style="list-style-type: none"> 連続受診者又は40歳の者は、自己負担1,000円の健診費用を500円に軽減する。 	6月から12月		●	実施	→				
4	若年集団健康診査	35～39歳の者	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査対象年齢前の35～39歳の者に対し、全数通知を行い、希望者に集団健康診査を実施する。 	1月から2月頃		●	実施	→				
5	受診者への健診データと生活改善アドバイスの全数通知	特定健康診査全受診者	<ul style="list-style-type: none"> 経年健診データと生活改善アドバイスに関する通知を実施する。 	4月から翌年3月		●	実施	→				
6	未受診者はがき勧奨	7月末時点における健診未受診者	<ul style="list-style-type: none"> AI等を活用して健診や医療機関受診状況等を分析し、対象者の特性に合わせた勧奨はがきを送付する。 	8月		●	実施	→				
7	人間ドックや事業者健診等のデータ取り込み	人間ドック・JA健診・消防団健診・商工会健診・職員健診等受診者	<ul style="list-style-type: none"> 他の健診を受診した対象者の結果提供を受ける。 	4月から翌年3月		●	実施	→				
		かかりつけ医で治療中の者	<ul style="list-style-type: none"> 定期通院時に実施した検査の結果提供を受ける。 	4月から翌年3月	●		協議	協議の結果、可能な場合実施予定 →				

★被保険者数の減少に伴い、特定健康診査の対象者も減少傾向にあるなかで、特定健康診査の受診率を維持向上していくために、第3期データヘルス計画では特定健康診査の実施方法を上記取組以外で、医師会をはじめ関係機関と協議・検討していく。

(2) 特定保健指導実施率向上対策事業

★自分自身の健康状態を自覚し、生活習慣の改善や健康に関するセルフケア能力の向上を目標に、自主的かつ継続的に健康に関する取組を実施できるよう、指導が必要な対象者に対し特定保健指導を実施し、生活習慣病等の重症化予防を目指す。

【評価指標】

	評価指標	目標	ベースライン値	期間						県共通 評価指標 No
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
1	特定保健指導実施率	毎年1ポイント向上	43%	44%	45%	46%	47%	48%	49%	No.14
2	メタボリックシンドローム該当者割合	毎年1ポイント減少	20%	19%	18%	17%	16%	15%	14%	No.15
3	メタボリックシンドローム予備軍割合	毎年0.5ポイント減少	11%	10.5%	10%	9.5%	9%	8.5%	8%	
4	特定保健指導利用者の検査値改善率	毎年1ポイント向上	25% (R3)	26%	27%	28%	29%	30%	31%	No.16
5	特定保健指導利用者の生活習慣改善率	毎年1ポイント向上	28% (R3)	29%	30%	31%	32%	33%	34%	No.17
6	特定保健指導を受けた者の翌年度健診受診率	毎年1ポイント向上	71% (R3)	72%	73%	74%	75%	76%	77%	No.18

【実施方法】

	取組	対象	実施内容及び体制	期間	新規	継続	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	積極的支援完了率の維持・向上	特定保健指導対象者（積極的支援）	<ul style="list-style-type: none"> 腹囲2cmかつ体重2kg減少を目指し、3ヶ月の基本支援期間を6ヶ月まで適宜、延長し実施する。 対象者の利便性を考慮し、電子メール等による継続支援を追加する。 	8月から翌年9月		●	実施 					
2	行動目標達成促進のためのインセンティブ	特定保健指導行動目標達成者	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導利用者が自ら設定した行動目標の達成促進のため、継続して実践、利用できる健康グッズ等を配付する。 	8月から翌年9月		●	実施 					
3	ICTを利用した保健指導の実施	特定保健指導対象者	<ul style="list-style-type: none"> オンライン面談等、ICTを利用した保健指導を外部委託または直営で実施する。 	8月から翌年9月		●	実施 					
4	特定保健指導利用勸奨	特定保健指導対象者	<ul style="list-style-type: none"> 参加の動機付けのため、案内通知とともに、経年の健診結果表を同封する。電話又は訪問で、指導を利用することのメリットを伝える。 	8月から翌年3月		●	実施 					
5	運動習慣促進支援	特定保健指導対象者のうち、受診勧奨値が無い者	<ul style="list-style-type: none"> 運動習慣改善のため、月2～3回講師による運動講座を実施する。また、運動習慣の定着化を図るため、運動を継続できる場について情報提供等を行う。 	9月から翌年8月		●	実施 					
6	集団支援	特定保健指導対象者	<ul style="list-style-type: none"> 生活改善の実践に結びつくよう、体験型の講座（運動講座やセミナー、調理実習等）を、初回面接と同時実施する。 	12月から翌年3月		●	実施 					

(3) 重症化予防対策事業

★血圧・血糖のハイリスク者に対する保健指導や、医療機関での受診が必要な者に対し、早期に医療機関を受診するよう受診勧奨を実施し、腎不全・心疾患・脳血管疾患などへの移行を防止するため、重症化予防や健診結果の改善を目指す。

【評価指標】

	評価指標	目標	ベースライン値		期間					県共通 評価指標 No
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
1	重症予防事業対象者（血圧・血糖ハイリスク者）出現率	ベースライン値以下	6% (R3)	6% 以下						市独自 指標
2	40～74歳の糖尿病有病割合	ベースライン値以下	13%	13% 以下						No.20
3	40～74歳の高血圧症有病割合	ベースライン値以下	27%	27% 以下						No.21
4	受診勧奨対象者の医療機関受診割合	毎年0.5ポイント向上	61%	61.5%	62%	62.5%	63%	63.5%	64%	No.22
5	受診勧奨対象者（血圧・血糖ハイリスク者）の医療機関受診割合	毎年1ポイント向上	第2期平均値 61%	62%	63%	64%	65%	66%	67%	No.22
6	HbA1c6.5%以上の者の割合	ベースライン値以下	9%	9% 以下						No.24
7	重症化予防事業対象者（血圧・血糖ハイリスク者）の生活習慣改善率	毎年1ポイント向上	27% (R3)	28%	29%	30%	31%	32%	33%	No.29
8	受診勧奨者（血圧・血糖ハイリスク者）の検査値改善率	毎年0.5ポイント向上	61% (R3)	61.5%	62%	62.5%	63%	63.5%	64%	No.30

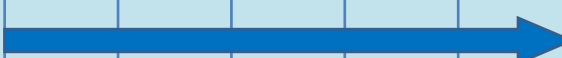

【実施方法】

取組	対象	実施内容及び体制	期間	新規	継続	R6	R7	R8	R9	R10	R11																								
1 要医療者への 受診勧奨	<p>下記判定値該当者</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>判定値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 eGFR</td><td>44.9以下</td></tr> <tr><td>2 HbA1c</td><td>6.5以上6.9以下</td></tr> <tr><td>3 尿たんぱく</td><td>+以上</td></tr> <tr><td>4 中性脂肪</td><td>300以上</td></tr> <tr><td>5 HDLコレステロール</td><td>34以下</td></tr> <tr><td>6 LDLコレステロール</td><td>180以上</td></tr> <tr><td>7 AST (GOT)</td><td>51以上</td></tr> <tr><td>8 ALT (GPT)</td><td>51以上</td></tr> <tr><td>9 γ-GT (γ-GTP)</td><td>101以上</td></tr> <tr><td>10 血清尿酸</td><td>9.0以上</td></tr> <tr><td>11 尿糖</td><td>+以上</td></tr> </tbody> </table>	検査項目	判定値	1 eGFR	44.9以下	2 HbA1c	6.5以上6.9以下	3 尿たんぱく	+以上	4 中性脂肪	300以上	5 HDLコレステロール	34以下	6 LDLコレステロール	180以上	7 AST (GOT)	51以上	8 ALT (GPT)	51以上	9 γ -GT (γ -GTP)	101以上	10 血清尿酸	9.0以上	11 尿糖	+以上	<ul style="list-style-type: none"> 郵送にて情報提供を行い、事前にレセプトで医療機関未受診であることが確認された者に対し、電話による保健指導を実施する。 電話で確認が取れなかった者に対しては、後日追加で資料を送付する。 その後、医療機関への受診の有無をレセプトで確認し、経年で管理する。 	7月から 翌年6月		●						
検査項目	判定値																																		
1 eGFR	44.9以下																																		
2 HbA1c	6.5以上6.9以下																																		
3 尿たんぱく	+以上																																		
4 中性脂肪	300以上																																		
5 HDLコレステロール	34以下																																		
6 LDLコレステロール	180以上																																		
7 AST (GOT)	51以上																																		
8 ALT (GPT)	51以上																																		
9 γ -GT (γ -GTP)	101以上																																		
10 血清尿酸	9.0以上																																		
11 尿糖	+以上																																		
2 血圧・血糖の ハイリスク者 への保健指導	<p>(1) 服薬なし ①収縮期血圧160以上、 又は拡張期血圧100以上 ②HbA1c 7.0以上</p> <p>(2) 服薬あり ①収縮期血圧180以上 又は拡張期血圧110以上 ②HbA1c 8.0以上</p>	<ul style="list-style-type: none"> 郵送にて情報提供を行い、事前にレセプトで医療機関未受診であることが確認された者に対し、電話による保健指導を実施する。 電話で確認が取れなかった者に対しては、訪問を実施する。 支援ができた「血圧・血糖のハイリスク者（服薬なし）」の者については、その後医療機関への受診の有無をレセプトで確認し、経年管理する。 福祉や介護等の支援を要する者は、他機関と連携し支援していく。 	7月から 翌年6月		●																														

(4) 糖尿病性腎症重症化予防対策事業

★糖尿病が進行すると人工透析へ移行するリスクが高まるため、糖尿病の重症化リスクが高い者（すでに糖尿病の治療を受けている者や治療を中断している者等）を対象に保健指導等を実施し、将来的に人工透析への移行を阻止するために重症化予防を目指す。

【評価指標】

	評価指標	目標	ベースライン値	期間						県共通 評価指標 No	
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11		
1	新規人工透析患者のうち国保継続加入者割合	ベースライン値以下	44%	44% 以下							No.23
2	受診勧奨対象者（糖尿病治療中断者）の医療機関受診割合	毎年1ポイント向上	第2期平均値 39%	40%	41%	42%	43%	44%	45%	No.22	
3	糖尿病プログラム参加者の生活習慣改善率	毎年1ポイント向上	第2期平均値 82%	83%	84%	85%	86%	87%	88%	No.29	
4	受診勧奨者（糖尿病プログラム参加者）の検査値改善率	ベースライン値以上	第2期平均値 50%	50% 以上							No.30


【実施方法】

	取組	対象	実施内容及び体制	期間	新規	継続	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	糖尿病性腎症重症化予防	<p>2型糖尿病治療者のうち、特定健康診査受診者又はかかりつけ医より参加勧奨を受けた者で、プログラム参加を希望し、以下に該当する者</p> <ul style="list-style-type: none"> • HbA1c 6.5%以上かつ尿たんぱく±以上又は eGFR60未満30以上又は eGFR経年低下している者 • eGFR60台かつ5ml以上減少者のうち <ul style="list-style-type: none"> ①65歳未満 HbA1c 7.0%以上 ②65歳以上 <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病治療中 HbA1c 7.5%以上 未治療者 HbA1c 7.0%以上 	<ul style="list-style-type: none"> • 左記の対象者の中から、保健指導効果が高いと思われる者を抽出し、生活改善のための重症化予防プログラムを外部委託または直営で実施する。 	8月から翌年2月		●	実施	→				
2	糖尿病治療中断者への治療継続支援	<p>前々年度糖尿病治療歴があり、前年度治療歴が無く、当該年度に特定健康診査受診券を発行している者（当該年度国民健康保険加入者）</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 左記の対象者に対し、通知後、電話又は訪問による健診及び医療機関受診勧奨を実施する。 	6月から翌年3月		●	実施	→				
3	糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）の予防に資する国保ヘルスセミナー	<p>（令和4年度から開始事業）</p> <ul style="list-style-type: none"> • 特定健康診査未受診者のうち、糖尿病治療中断者 • 糖尿病性腎症重症化予防事業の参加者 	<ul style="list-style-type: none"> • 医師、管理栄養士等専門職による糖尿病及び糖尿病合併症に関する講義や糖尿病合併症予防のための栄養に関する講義等を実施する。 	9月から10月頃セミナー開催		●	実施	→				

3 その他保健事業

★庁内外の他機関・他部門との連携をはかり、生活習慣の振り返りや健診の必要性の周知、受診勧奨をおこない、生活習慣病予防等への健康教育や保健指導等を実施する。
ポピュレーション教育の充実や市民のセルフケア能力の向上により、最終的に健康寿命の延伸や医療費適正化を目指す。

【評価指標】

	評価指標	目標	ベースライン値	期間						県共通 評価指標 No	
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11		
1	65歳以上で2年連続健診受診者でBMI18.5以下で、前年度より体重2kg以上減少した者の出現率	ベースライン値以下	1.2%	1.2%以下							市独自 指標
2	前期高齢者のうち、BMI20kg/m ² 以下の割合	ベースライン値以下	20%	20%以下							No.31

【実施方法】

	取組	目的	対象	実施内容及び体制	期間	新規	継続	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	人間ドック 助成事業	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者の健康保持増進、がんや生活習慣病の早期発見及び早期治療に役立てる。 結果受領することで、特定健康診査受診率向上を目指し、必要に応じ、保健指導等へつなげていく。 	40～74歳までの国民健康保険被保険者	<ul style="list-style-type: none"> 人間ドック等負担金の一部を助成し、結果を受領する。 特定健康診査受診券送付時に、当事業の案内文を同封。また、他事業においても周知し、周知活動の強化を行う。 	通年		●	実施					
2	健康教育事業	健康・病気に対する理解を深めるための教育、相談事業を実施し、市民のセルフケア能力を高める。	国民健康保険被保険者を含むすべての市民	<ul style="list-style-type: none"> 衛生部門と連携し、健診等の周知や生活習慣病等に関する講座等、健康教育を実施する。 データ分析や健診結果を反映した教育媒体を作成し、市民自らの健康を振り返る一助とする。 	通年		●	実施					
3	重複頻回受診者訪問指導事業 適正服薬推進セミナー事業	受診や服薬等について保健指導等を実施し、適正服薬、適正受診を促進する。	重複頻回受診者名簿から一定条件で抽出した対象者で指導が必要と思われる者	<ul style="list-style-type: none"> 通知や保健師等による訪問等により、情報提供や保健指導等を実施し、適正服薬、適正受診を促す。 あわせて適正服薬推進のためのセミナーを実施し、知識の普及を図る。 	通年		●	実施					
4	その他関係部署・機関との連携事業	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者の健康増進のため、国民健康保険担当課として、地域包括ケアシステムに資する地域ネットワークへの協力、参加 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施により、フレイル予防等に関して、関係部署や医師会、薬剤師会との連携を図る。 	国民健康保険被保険者を含むすべての市民 【フレイル予防】 65歳以上で2年連続特定健康診査受診者で、BMI18.5以下で前年度健診より体重が2kg以上減少した者	<ul style="list-style-type: none"> 庁内外会議等への参加や資料提供、事業協力、連携等 【フレイル予防】 基準該当者に対し、フレイル予防のリーフレット配布し、その後を確認し、適宜、指導を実施する。	通年		●	実施					

【参考資料】 県の標準化に伴う共通評価指標一覧と鎌ヶ谷市の実績

指標No	参考値	算出根拠		H30	R1	R2	R3	R4
			No.1	健康寿命（平均自立期間）	KDB	男性	79.7歳	80.0歳
			女性	84.0歳	84.2歳	84.5歳	84.5歳	-
No.2	1人当たりの医科医療費（平均値）	KDB	入院	9,596円	9,709円	9,923円	10,738円	10,362円
			外来	14,383円	14,982円	15,213円	16,310円	16,463円

指標No	基本評価指標	算出根拠		H30	R1	R2	R3	R4	
			No.3	特定健康診査受診率	法定報告		37.6%	38.5%	34.3%
指標No	追加評価指標	算出根拠		H30	R1	R2	R3	R4	
No.4	年齢階層別特定健康診査受診率	法定報告	40～49歳	20.0%	21.9%	19.0%	21.4%	22.6%	
			50～59歳	25.8%	26.6%	22.0%	24.5%	23.6%	
			60～69歳	41.1%	41.1%	36.9%	39.6%	40.4%	
			70～74歳	45.4%	46.6%	42.2%	44.3%	45.4%	
No.5	特定健康診査継続受診率	KDB		-	78.5%	69.8%	79.9%	80.7%	
No.6	受診勧奨通知対象者の特定健康診査受診率	本市国民健康保険等健診システム		33.5%	28.5%	21.5%	23.1%	42.3%	
No.7	新規健診受診者の受診率	KDB		13.3%	12.2%	12.9%	12.9%	13.3%	
生活習慣	No.8	1回30分以上運動習慣なしの者の割合	KDB		55.7%	57.0%	57.4%	58.2%	58.1%
	No.9	1日1時間以上の運動なしの者の割合	KDB		46.8%	48.3%	48.8%	48.4%	48.5%
	No.10	週3回以上就寝前に夕食をとる者の割合	KDB		14.6%	15.3%	14.2%	14.5%	14.8%
	No.11	朝昼夕食以外に間食や甘い飲み物をとる者の割合	KDB		77.1%	77.7%	77.8%	78.4%	78.7%
	No.12	週3回以上朝食を抜く者の割合	KDB		8.5%	9.3%	9.1%	9.5%	10.9%
	No.13	50～74歳における咀嚼良好者（何でもかめる者）の割合	KDB		80.0%	79.2%	79.1%	78.0%	78.4%

【参考資料】 県の標準化に伴う共通化評価指標一覧

特定保健指導	指標No	基本評価指標	算出根拠		H30	R1	R2	R3	R4
	No.14	特定保健指導実施率	法定報告		30.0%	41.3%	45.8%	31.2%	43.0%
	No.15	メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合	法定報告	該当者	17.4%	17.8%	20.4%	20.6%	20.3%
				予備軍	10.8%	11.2%	11.3%	10.8%	10.7%
	指標No	追加評価指標	算出根拠		H30	R1	R2	R3	R4
	No.16	特定保健指導利用者の検査値改善率	本市国民健康 保険等健診 システム		27.0%	25.6%	23.8%	24.7%	-
	No.17	特定保健指導利用者の生活習慣改善率			35.3%	31.3%	33.2%	28.0%	-
	No.18	特定保健指導を受けた者の翌年度健診受診率			78.5%	64.7%	75.9%	71.1%	-
	No.19	特定保健指導対象者の発生率	KDB	服薬あり	21.3%	21.3%	23.7%	23.1%	23.4%
				服薬なし	16.4%	16.7%	16.2%	16.3%	15.3%

【参考資料】県の標準化に伴う共通化評価指標一覧

重症化予防	指標No	基本評価指標	算出根拠		H30	R1	R2	R3	R4
	No.20	糖尿病の有病割合	KDB	40～74歳	13.0%	12.6%	13.0%	13.2%	13.2%
	No.21	高血圧症の有病割合	KDB	40～74歳	27.1%	26.2%	26.8%	26.7%	26.6%
	No.22	受診勧奨対象者のうち医療機関受診割合	本市国民健康保険等健診システム	要医療勧奨者	62.5%	62.9%	64.2%	62.3%	61.4%
				血圧血糖ハイリスク者	57.1%	63.4%	53.1%	60.1%	72.5%
				糖尿病中断者	-	-	14.3%	45.5%	57.1%
	No.23	新規人工透析患者数（国保継続加入者）	特定疾病療養受領証	新規透析患者数	23人	16人	24人	17人	16人
				うち国保継続加入者	11人	6人	12人	7人	7人
				国保継続加入者の割合	47.8%	37.5%	50.0%	41.2%	43.8%
	No.24	HbA1c6.5%以上の者の割合	KDB		8.0%	8.7%	9.3%	8.9%	8.6%
指標No	追加評価指標	算出根拠		H30	R1	R2	R3	R4	
No.25	特定健康診査各有所見者割合 ・BMI（25以上） ・血圧（収縮期血圧130または拡張期血圧85以上） ・血糖（HbA1c5.6以上） ・脂質（HDLコレステロール40mg/dl未満、中性脂肪150mg/dl以上）	KDB	BMI	6.0%	5.5%	5.2%	5.1%	4.9%	
			血糖	0.5%	0.7%	0.7%	0.5%	0.5%	
			血圧	8.3%	8.5%	8.6%	8.2%	7.9%	
			脂質	1.9%	2.1%	2.0%	2.2%	2.2%	
No.26	HbA1c8.0%以上の者の割合	KDB		1.1%	1.1%	1.1%	1.0%	0.9%	
No.27	虚血性心疾患の有病割合	KDB		6.1%	5.8%	5.7%	5.8%	5.3%	
No.28	脳血管疾患の有病割合	KDB		5.7%	5.4%	5.3%	5.0%	5.1%	
No.29	重症化予防事業利用者の生活習慣改善率	本市国民健康保険等健診システム	血圧・血糖ハイリスク者	30.1%	24.0%	28.7%	26.9%	-	
	糖尿病性腎症重症化予防		78.6%	66.7%	62.5%	100%	100%		
No.30	受診勧奨者の検査値改善率	本市国民健康保険等健診システム	血圧・血糖ハイリスク者	61.6%	57.8%	45.4%	60.5%	-	
			糖尿病性腎症重症化予防	28.6%	60.0%	62.5%	66.7%	33.3%	

【参考資料】県の標準化に伴う共通化評価指標一覧

フレイル 予防	指標No	追加評価指標	算出根拠		H30	R1	R2	R3	R4
	No.31	前期高齢者のうち、BMIが20kg/m ² 以下の割合	KDB		17.8%	17.6%	18.3%	19.2%	19.7%
その他	指標No	追加評価指標	算出根拠		H30	R1	R2	R3	R4
	No.32	後発医薬品普及率	国保総合システム		75.4%	77.9%	79.6%	79.7%	80.4%
	No.33	重複・多剤投与対象者の改善率	国保連CD		0%	20.0%	0%	75.0%	69.2%

第5章 データヘルス計画（第3期）における特定健康診査等実施計画（第4期）

1 趣旨と位置づけ

（1）趣旨

糖尿病等の生活習慣病は、自覚症状がない状態で進行し、合併症等によって重症化疾患等を引き起こしたり、要介護状態につながる主な原因となっている。鎌ケ谷市でも、年齢が上がるほど医療費は増加しており、総医療費に占める生活習慣病関連の医療費の割合は約4割に達し、生活習慣病対策は喫緊の課題となっている。

特定健康診査・特定保健指導は、平成20年度から「高齢者の医療の確保に関する法律」により、医療保険者に義務付けられ、特定健康診査等実施計画に基づき、実施してきたところである。

特定健康診査・特定保健指導では、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目し、特定健康診査の結果をもとに、そのリスクの高い対象者を抽出し、早期から運動や食事等の生活習慣改善指導を通して内臓脂肪の減少を図り、生活習慣病の発症を予防することを目的としている。

本計画は、鎌ケ谷市国民健康保険が平成30年度から令和5年度までに実施した特定健康診査・特定保健指導の6年間の評価を踏まえ、今後、令和6年度から令和11年度までの6年間に特定健康診査・特定保健指導を実施するにあたっての基本的な事項を定めるものである。本計画は、特定健康診査等実施計画策定の手引き（第4版）、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）及び、標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）に基づき、策定する。

（2）位置づけ

計画策定にあたり、データヘルス計画の目的である「健康寿命の延伸」と「医療費の適正化」を図るため、「鎌ケ谷市総合基本計画」前期基本計画の施策政策1-1-1「保健・医療の充実」の個別計画である「鎌ケ谷市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」から抽出された分析結果や課題を踏まえた計画であることが望ましい。したがって、データヘルス計画（第3期）内に、特定健康診査等実施計画（第4期）を含めるものとし、本市の健康増進施策の基本的な計画である「第3次いきいきプラン・健康かまがや21」との整合性を図るものとする。

(3) 特定健康診査等実施計画（第3期）のまとめと評価

ア 特定健康診査受診率について

鎌ヶ谷市の特定健康診査受診率は、平成28年度36.5%と比較し、令和4年度37.0%と0.5ポイント向上した。令和2年度に新型コロナウイルス感染症の影響により受診率は低下したが、千葉県全体の受診率と同水準に近づいた。令和3年度には再び増加に転じ、令和4年度は千葉県を下回る結果となったが、その差は縮まってきている。特定健康診査受診率向上のため、ポピュレーションアプローチにて周知啓発活動を強化し、未受診者への受診勧奨はがきの送付、電話や訪問による受診勧奨を実施してきたが、年齢別にみると40～59歳の受診率が低く、またどの年代においても女性より男性の受診率が低い。今後は未受診者への受診勧奨や40歳・連続受診者に対するワンコイン受診、特定健康診査の対象となる前の35～39歳を対象とした若年集団健康診査、他の健診を受診した対象者の結果提供を受けるみなし健診等の対策を実施し、受診率の向上を目指す。また、健診の周知啓発活動を強化するとともに、集団健康診査の実施等、市民がより利用しやすい健診実施体制の見直しが課題である。

イ 特定保健指導実施率について

鎌ヶ谷市の特定保健指導実施率は、平成28年度30.2%と比較し、令和4年度43.0%と12.8ポイント向上し、目標を達成できた。

特定保健指導の実施率向上のため、広報や医療機関におけるパンフレット配布による周知活動の強化、電話勧奨、未利用者訪問等を実施し、実施率の向上につなげることができた。今後も引き続き、保健指導の利用勧奨等を実施し、更なる実施率の向上を目指す。

また、特定保健指導対象者の減少を目指し、行動目標達成者支援としてのインセンティブや運動習慣促進支援やセミナー実施等による集団支援を実施する。

ウ 重症化予防について

平成25年からハイリスクアプローチとし重症化予防対策を実施してきた。特定保健指導対象外である非メタボリックシンドロームや服薬者においても、血圧・血糖のハイリスク者に対して保健指導を実施した。令和2年度、3年度保健指導実施者で、経年比較可能な287名のうち、186名（約65%）は数値の改善が見られた。しかし、血圧・血糖のハイリスク者は依然として一定数出現していることから、対象者については経年経過を評価しつつ、医療への適切な受診勧奨や、生活改善のための保健指導等を実施することが課題である。

エ 糖尿病性腎症重症化予防について

人工透析の移行防止のため、平成29年度から健診項目に血清クレアチニン、eGFR、血清尿酸を追加、糖尿病性腎症重症化プログラムを新規導入し、対象者の状況に応じた保健指導を実施した。さらに、糖尿病治療中断者への治療継続支援や慢性腎臓病予防ヘルスセミナー等を実施した。

糖尿病が重症化すると人工透析へ移行するリスクも高くなるため、重症化の予防、適切な受診と保健指導が重要であり、医療機関との連携のうえ、きめ細やかなフォローを実施することが課題である。

2 特定健康診査及び特定保健指導の対象者と受診者の推計および目標値

(1) 特定健康診査における対象者の定義と対象者数の推計

ア 対象者の定義

特定健康診査の実施年度中に40～74歳となる加入者で、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している者（年度途中での加入・脱退等異動のない者）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）を除いた者が対象者となる。

イ 特定健康診査の対象者数と受診者数の推計

年度	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健康診査 推定対象者数 (人)	15,268	14,688	14,130	13,593	13,076	12,579
特定健康診査受診率 目標値	39%	40%	41%	42%	43%	44%
特定健康診査 推定受診者数 (人)	5,955	5,875	5,793	5,709	5,623	5,535

※平成29～令和3年度の特定健康診査等法定報告より対象者数の平均減少率より対象者数を算出し推計した値

★被保険者数の減少に伴い、特定健康診査の対象者も減少傾向にあるなかで、特定健康診査の受診率を維持向上していくために、特定健康診査等実施計画第4期では特定健康診査の実施方法等を医師会をはじめ関係機関と協議・検討していく必要がある。

(2) 特定保健指導における対象者の定義と対象者数の推計

ア 特定保健指導対象者の定義

特定健康診査の結果、腹囲のほか、血糖・血圧・脂質が所定の値を上回る者のうち、糖尿病・高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除いた上で次の図表にあるように、追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、動機付け支援の対象者となるのか積極的支援の対象者となるのか階層化する。

- 腹囲 男性85cm以上・女性90cm以上、又は男性85cm未満・女性90cm未満でBMIが25以上
- 血糖 空腹時血糖が100mg/dl以上、又はHbA1cが5.6%以上
- 脂質 空腹時中性脂肪150mg/dl以上、又は随時中性脂肪175mg/dl以上（原則、空腹時中性脂肪を測定することとする。やむを得ず空腹時中性脂肪を測定しない場合は、食直後を除き随時中性脂肪でも可）又はHDLコレステロール40mg/dl未満
- 血圧 収縮期130mmHg以上、又は拡張期85mmHg以上

■主リスク	◆追加リスク		対象者	
腹囲	①血糖 ②脂質 ③血圧	④喫煙歴	40～64歳	65～74歳
85cm以上（男性） 90cm以上（女性）	2つ以上該当	あり	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	なし		
上記以外で BMI25以上	3つ該当	あり	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	なし		
	1つ該当			

※特定健康診査の結果において、1年目と比べ2年目の腹囲及び体重が以下のとおり一定程度減少していると認められる者は、2年目の特定保健指導は、動機付け支援相当とできる。

- ・BMI < 30で腹囲1cm以上かつ体重1kg以上減少している者
- ・BMI ≥ 30で腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減少している者

イ 特定保健指導の対象者数と実施者数の推計

年度		R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健康診査 推定受診者数 (人)		5,955	5,875	5,793	5,709	5,623	5,535
特定保健指導実施率 目標値		43%	44%	45%	46%	47%	48%
特定保健指導 推定対象者数 合計	推定対象者数 (人)	822	811	799	788	776	764
	推定実施者数 (人)	353	357	360	362	365	367

※平成29～令和3年度の特定健康診査等法定報告より、特定健康診査受診者における特定保健指導対象者の平均割合から特定保健指導対象者数を算出し、推計した値

【参考】

●保険者全体の目標値

項目		<第1期> H24目標	<第2期> H29目標	<第3期> R5目標	<第4期> R11目標
実施に関する目標	①特定健康診査実施率（受診率）	70%以上	70%以上 (H26実績48.6%)	70%以上 (R2実績53.4%)	70%以上
	②特定保健指導実施率	45%以上	45%以上 (H26実績17.8%)	45%以上 (R2実績22.7%)	45%以上
成果に対する目標	③メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 (※)	—	25%以上減少 (H26実績 H20比3.2%減少)	—	—
	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 特定保健指導対象者の減少率	10%以上減少 (H20比)	— (H26実績 H20比16.1%減少)	25%以上減少 (R2実績 H20比10.9%)	25%以上減少 (H20比)

※「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率」は、第1期では特定保健指導対象者の減少率としていたが、第2期以降は、いわゆる内科系8学会の基準によるメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率としている。

●各医療保険者種別の目標値

保険者種別	全国目標	市町村別 国保	国保組合	全国健康 保険協会 (船保)	単一健保	総合健保 私学共済	共済組合 (私学共済を除く)
特定健康診査 の実施率 (受診率)	70%以上	60%以上	70%以上	70%以上	90%以上	85%以上	90%以上
特定保健指導 の実施率	45%以上	60%以上	30%以上	35%以上 (30%以上)	60%以上	30%以上	60%以上

3 実施方法

(1) 実施場所及び形態

特定健康診査は、地域の医療機関（社団法人鎌ヶ谷市医師会・医療法人社団徳洲会鎌ヶ谷総合病院等）に委託（単価契約）し、個別健診を実施する。特定健康診査の自己負担額は別途要綱に定める。あわせて、委託による若年集団健康診査を実施する。

特定保健指導については、市の専門職により、鎌ヶ谷市総合福祉保健センターを主会場に、個別支援とグループ支援を組み合わせによる実施および直営または委託業者によるICTを利用した指導を実施する。

要医療者に対する重症化予防のための保健指導については、市の専門職により、個別支援を実施する。また、委託による糖尿病性腎症重症化予防事業を個別支援で実施する。

(2) 実施項目

ア 健診項目

- 質問（問診）
- 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
- 肝機能検査 : AST (GOT)・ALT (GPT)・ γ -GT (γ -GTP)
- 血中脂質検査 : 空腹時中性脂肪（やむを得ない場合は随時中性脂肪）・HDLコレステロール・LDLコレステロール
※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）により、やむを得ない場合は、随時中性脂肪による血中脂質が可能となった。
- 血糖検査 : HbA1c (NGSP値)
- 尿検査 : 尿糖・尿蛋白

イ 詳細な健診の項目

- 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又は視診等で貧血が疑われる者
- 心電図検査 : 当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg 以上
(12誘導心電図) もしくは拡張期血圧90mmHg又は問診等で不整脈が疑われる者
- 眼底検査 : 当該年度の特定健康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
 - ・血圧：収縮期140mmHg 以上又は拡張期90mmHg 以上
 - ・血糖：HbA1c (NGSP 値) 6.5%以上
- 腎機能検査（全員実施） : 血清クレアチニン・eGFR

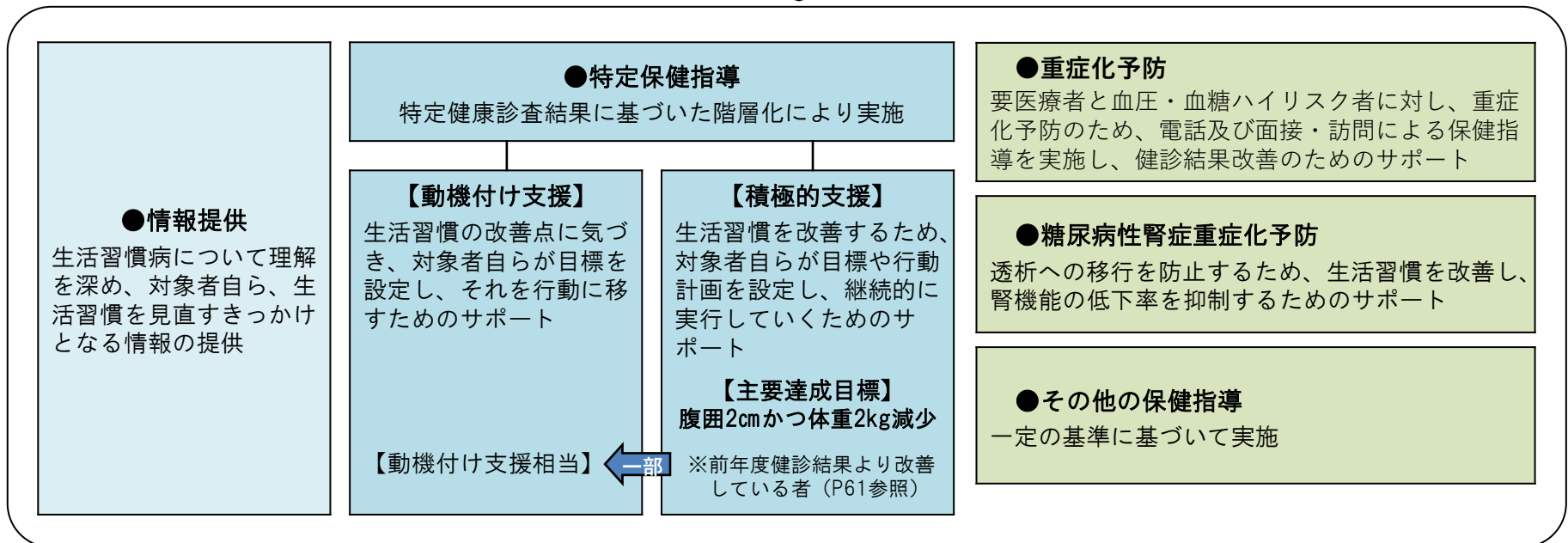
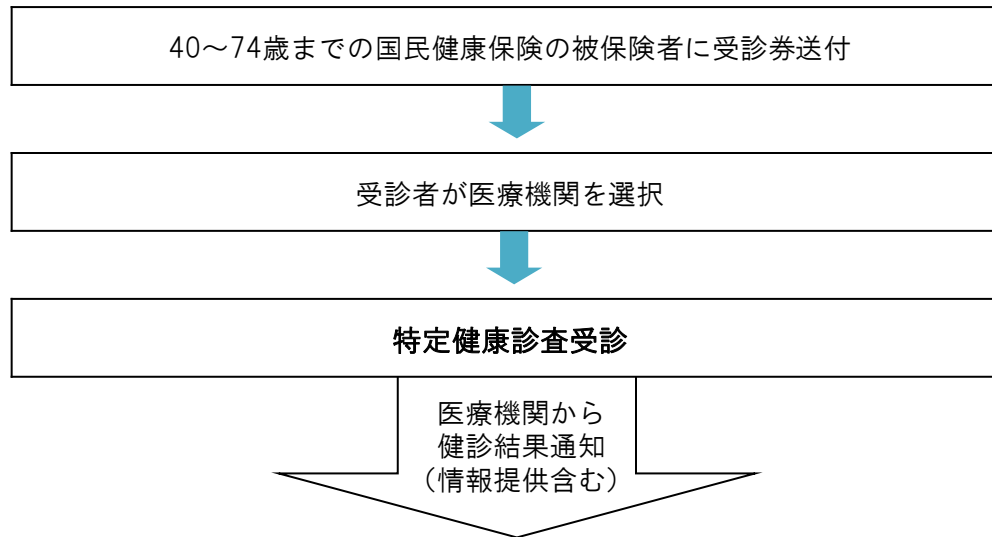
ウ 鎌ヶ谷市単独追加項目（全員実施）

- 尿酸代謝検査 : 血清尿酸

(3) 年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	対象者の抽出		
5月	受診券発送		
6月	特定健康診査実施期間		健診未受診者への電話や訪問勧奨 (40～59歳・70～74歳)
7月		特定保健指導実施期間 特定保健指導利用勧奨	重症化予防事業
8月			健診未受診者へのはがき勧奨
9月			
10月			
11月			
12月			集団健康診査受診勧奨電話
1月			若年集団健康診査
2月			
3月		翌年9月まで実施	翌年6月まで実施

(4) 特定健康診査と特定保健指導の流れ



(5) 特定健康診査受診券と問診票

- 発送時期：5月下旬
- 発送方法：郵送を基本とする。

例

受診券（表面）

鎌ケ谷市国民健康保険特定健康診査受診券			
自己負担額			
被保険者証番号			
受診券整理番号			
受診者氏名(姓)			
生年月日			
年度到達年齢		(令和4年3月31日現在) 性別	
交付年月日			
有効期限		(医療機関の休診日を除く)	
電話番号	自宅	携帯電話	
健診内容		対象者	
1	特定健康診査(基本的な項目)	全員が実施	
2	特定健康診査(詳細な項目)	医師の判断により実施	

【受診資格】

受診日時点で鎌ケ谷市国民健康保険加入中の40～74歳の方(令和5年7月末までに届出及び加入済の方)※年内に75歳になる方は誕生日の前日までに受診してください。本券は誕生日以降利用できません。※受診日が資格喪失日以降の場合は費用が全額自己負担になります。

【持ち物】

- ① 受診券(裏面の問診項目をご記入ください) ② 鎌ケ谷市国民健康保険被保険者証

【自己負担額】

右上の太枠内もご確認ください。
基本負担額 1,000円
(前年度市民税非課税に属する方は0円)

"アコイン優待"の方は500円!!
毎年受診していただいたりから、下記の方の負担を軽減
●前年度鎌ケ谷市の特定健康診査を受けている方
(人間ドック等の結果提供を含む)
●今年度40歳になる初めて特定健康診査対象の方

特定健康診査受診上の注意事項

※ご不明点はお問い合わせください。

- 感染症まん延防止対策として、健診が延期または中止になる場合がありますので、医療機関に事前に確認をお願いいたします。
- 所得の修正申告や保険料の軽減措置で、前年度の区分が課税から非課税などに変更になった方は、受診前に自己負担額の訂正を市にお申し出ください。受診後の変更や返金はできません。
- 住所、氏名の変更があった場合は訂正線を入れ、余白に自署してください。
- 新たに職場の健康保険に加入した場合は、国民健康保険の資格喪失手続きが必要です。この受診券は使用できませんので、健診については勤務先にお問い合わせください。
- 鎌ケ谷市国民健康保険特定健康診査の代わりに人間ドック等助成を希望される方は、市への申請時に本受診券が必要になりますので大切に保管願います。
- 妊産婦、長期入院者、高齢者・障がい者施設入所者等一部の人は受診できない場合があります。保険年金課までご連絡ください。
- 健康診査結果のデータファイルは、決済代行機関である千葉県国民健康保険団体連合会において点検があるほか、国への実績結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご承知の上、受診願います。
- 特定保健指導等保健事業の実施のため、健康診査結果や医療情報等を活用させていただきますのでご了承ください。

保 険 者	所在地	鎌ケ谷市新鎌ケ谷2-6-1	公 印 省 略
	電話番号	047-445-1418(直通) 047-445-1141(代表)	
	番 号	120246	
	名 称	鎌ケ谷市	

例

受診券（裏面）

※必ず事前にご記入のうえ、医療機関に提出してください。
①自覚症状(該当するものすべてに○をつけてください)

1. 胸部圧迫感	2. 動悸・息切れ	3. 頭痛	4. 胸やけ・胃痛
5. 咳・痰	6. 肩こり	7. 手足のしびれ	8. 口渇
9. めまい・立ちくらみ	10. 便秘異常	11. その他の症状()	

②問診項目

No.	質 問 事 項	選 択 肢 (○をつけてください)
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無	
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	①はい ②いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがありますか。	①はい ②いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※「喫煙、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。) 条件1: 最近1か月間吸っている 条件2: 生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	①はい(条件1と条件2を両方満たす) ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) ③いいえ(①②以外)
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	①はい ②いいえ
10	1回30分以上の軽〜汗をかき運動を週2日以上、1年以上実施している。	①はい ②いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している。	①はい ②いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい ②いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	①何でもかんで食べることができる ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。 (※「やめた」とは過去に1月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)	①毎日 ②週5～6日 ③週3～4日 ④週1～2日 ⑤月に1～3日 ⑥月に1日未満 ⑦やめた ⑧飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安:ビール(同5度・500ml) 焼酎(同25度・約110ml)ワイン(同14度・約180ml)ウイスキー(同43度・60ml)缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	①1合未満 ②1-2合未満 ③2-3合未満 ④3-5合未満 ⑤5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6か月以内) ③近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる(6か月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
22	生活習慣の改善についてこれまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ

4 特定健康診査及び特定保健指導の委託

(1) 委託基準

特定健康診査及び特定保健指導の外部への委託にあたっては、高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、厚生労働大臣告示の委託基準を満たす事業者に委託する。

(2) 実施機関リスト

特定健康診査を実施する医療機関については、実施年度ごとに調整を行ったうえ、市と委託契約を行うことから、年度ごとに、個別通知で周知する。

(3) 委託契約の方法

特定健康診査の委託に係る契約書の様式については、別に定める。

第6章 計画の評価及び見直し

1 計画の評価及び見直し

KDBシステムから出力されるデータ及び特定健康診査の国への実績報告後のデータ等を用いて、各事業の評価指標等に基づき進捗状況を確認する。各事業の評価に関しては、千葉県におけるデータヘルス計画の標準化に基づき、千葉県が提示した共通評価指標に基づき、評価する。

中間評価として令和8年度に各事業の達成状況を評価し、必要に応じて実施体制や実施方法、評価指標等の見直しを行う。令和11年度に本計画の最終年度として最終評価を実施する。

2 計画の周知等

策定した計画は本市のホームページに掲載し、内容を変更した時は市の広報紙で概要等を周知するとともに、内容をホームページで公表する。

3 事業運営上の留意事項

本市は国民健康保険担当課に保健師等の専門職が配置されており、特定健康診査・特定保健指導等の保健事業を実施しているが、本計画として取り組む各事業の目標を達成するため、関係部署と一層の連携強化を図り、課題の解決に取り組み、事業を推進していく。

4 個人情報の保護

個人情報の取り扱い、鎌ヶ谷市個人情報の保護に関する法律施行条例（令和5年4月1日施行）に基づき、適切に取り扱いを行い、情報の管理を徹底する。

5 その他計画策定や実施にあたっての留意事項

レセプトや健診データの分析に基づき保険者の特性を踏まえた計画を策定するため、国民健康保険団体連合会等との連携を強化するとともに、鎌ヶ谷市国民健康保険運営協議会等において意見を伺う。

<用語集>

【あ行】

インセンティブ

ある目標に向かって誘導するための刺激。誘引や動機付けとなる事象

【か行】

虚血性心疾患

冠動脈の梗塞や狭窄により心臓の血管が詰まったり狭くなったりするなど、血流が悪くなることで心臓に障害がおこる疾患の総称のこと

健康課題

健康に関する課題のこと

健康寿命

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（介護不要の）期間のこと

平成31年3月から、国保データベース（KDB）システムにおいて「健康寿命」の算出方法の変更が行われ、名称も「平均自立期間」に変更となった。

そのため、本計画における「健康寿命」について、「健康寿命（平均自立期間）」とし、平成28年分から変更を行った

KDBにおける「平均自立期間」とは、「健康寿命の算定方法の指針（平成24年9月）」を参考に、「日常生活動作が自立している期間の平均」（介護保険の要介護2から5を不健康と定義）にもとづいて、“0歳からの平均自立期間”を算出したものである。情報更新頻度は5年に1度から1年に1度に変更されている

行動変容

人の行動面の変化。人が行動を変える場合は「無関心期」→「関心期」→「準備期」→「実行期」→「維持期」の5つのステージを通ると考えられている。ステージを先に進むには、今どのステージにいるかを把握し、ステージに合わせた働きかけが必要になる

国保データベース（KDB）システム

医療、特定健康診査、介護の情報に基づき、各種統計情報や個人の健康に関するデータを作成・集計し、効果的かつ効率的な保健事業の実施をサポートすることを目的につくられたシステムのこと

国民健康保険運営協議会

市の国民健康保険事業の運営に関する重要事項を審議するために、国民健康保険法第11条に定められ、設置されている市長の諮問機関のこと

国民健康保険団体連合会

国民健康保険の保険者である市町村等が共同して国民健康保険事業を運営することを目的に、国民健康保険法に基づき、都道府県ごとに設置している組織のこと

公費負担医療や診療報酬の診査・支払業務、健康づくり推進など様々な業務を行っている

【さ行】

脂質異常症

血液中に含まれる脂質が異常をきたす病気で、LDL※1コレステロール値が140mg/dl以上、HDL※2コレステロール値が40mg/dl未満、中性脂肪値※3が150mg/dl以上のいずれかの時に診断される

※1 LDL：Low-density lipoproteinの略称。いわゆる悪玉コレステロールのこと

※2 HDL：High-density lipoproteinの略称。いわゆる善玉コレステロールのこと

※3 中性脂肪値：トリグリセリドのことで脂肪の1種のこと

受診勧奨値

保健指導判定値※よりも高い値で重症化を防止するために医療機関を受診する機会を検討する値のこと

※保健指導判定値…基準値を超え特定保健指導対象者とする値のこと

新規特定保健指導利用者

初めて保健指導対象になって初めて指導利用した人のこと

心疾患

脈の乱れを起こす病気（不整脈）や先天性の心臓病、心筋や心膜の疾患の総称

生活習慣病

食事や運動・休養・喫煙・飲酒・ストレスなどの生活習慣が深く関与し、発症の原因となる疾患の総称

【た行】

データヘルス

レセプト・健診情報等のデータを活用してPDCAサイクルに沿って実施する効果的かつ効率的な保健事業のこと

特定健診

特定健康診査の略称で、医療保険者（国保・被用者保険）が40～74歳の加入者を対象として実施する、メタボリックシンドロームに着目した検査項目での健康診査のこと。本計画では、図表内では省略して使用している

特定保健指導

医療保険者が特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対し実施する支援のこと。3つの指導方法がある

- ・個別面接：対象者に対し個別に生活習慣や食習慣の状況を確認し指導する方法
- ・訪問指導：個別面接に申し込みのなかった者に対し自宅に訪問し、生活習慣や食習慣の指導をする方法
- ・集団指導：対象者複数人に対し、講義形式で生活習慣や食習慣について指導する方法

糖尿病性腎症

糖尿病の合併症で腎臓の機能が低下した症状

【な行】

人間ドック

主に健康な者が対象となる短期的・総合的に実施する検診のこと

脳血管疾患

脳の血管に異常が生じ、出血又は虚血（局所的な貧血）により障害が発生することで起こる疾患の総称のこと

【は行】

ハイリスクアプローチ

疾患を発生しやすい高いリスクを持った者を対象に働きかけをして病気を予防する方法のこと

フレイル

加齢とともに心身の活力（例えば筋力や認知機能等）が低下し、生活機能障害・要介護状態・死亡などの危険性が高くなった状態のこと

平均自立期間

「日常生活動作が自立している期間の平均」（介護保険の要介護2から5を不健康と定義）にもとづいて、“0歳からの平均自立期間”を算出したものである

平均余命

ある年齢の人々が、その後何年生きられるかという期待値

法定報告

高齢者の医療の確保に関する法律第142条の規定に基づく社会保険診療報酬支払基金への特定健康診査・特定保健指導の実施結果の報告のこと。報告対象者は、同法の定める特定健康診査・特定保健指導の対象者から、年度中の資格喪失者及び厚生労働大臣が定める除外者を除いたもの

保健事業

被保険者の健康の保持増進のために取り組まれる事業全般のこと

ポピュレーションアプローチ

集団全体に対して働きかけ、全体としてリスクを下げていく方法のこと

【ま行】

メタボリックシンドローム

内臓脂肪型肥満（腹囲判定：男性85cm・女性90cm以上）に加えて、高血糖（空腹時血糖が100mg/dl以上、又はHbA1cがNGSP値で5.6%以上）・脂質異常（中性脂肪150mg/dl以上、又はHDLコレステロール40mg/dl未満）・高血圧（収縮期130mmHg以上、又は拡張期85mmHg以上）のうちいずれか2つ以上の危険因子をあわせもった状態のこと

【ら行】

リスク

データに基づき評価した危険度のこと

良性新生物

病理学的に悪性所見を持たない腫瘍のこと

レセプト

患者が受けた診療について医療機関が保険者に請求する診療報酬明細書のこと

【英字】

BMI（ビーエムアイ）

「Body Mass Index(ボディ・マス・インデックス)」の略。肥満度を示す指標として用いられ、身長と体重から求める体格の判定方法

$$BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)} \div \text{身長(m)}$$

eGFR（エージーエフアール）

血清クレアチン値と年齢、性別をもとに腎臓が1分間にろ過できる量を計算したもの

HbA1c（ヘモグロビンエーワンシー）

糖状赤血球中のヘモグロビン※1（Hb）の中のブドウ糖が結合したグリコヘモグロビン※2の1種で、過去1～3か月の血糖の指標になる

※1 ヘモグロビン：赤血球中に含まれる血球のこと。主な役割は酸素を運搬することがあげられる

※2 グリコヘモグロビン：ブドウ糖が結合し、糖化したヘモグロビンのこと

PDCAサイクル

事業活動における生産管理や品質管理などの管理業務を円滑に進めるための手法の1つ

Plan（計画）・Do（実行）・Check（評価）・Act（改善）の頭文字をつなげたもの

【数字】

1件当たり医療費

総医療費を総レセプト件数で除した値のこと

1人当たり医療費

総医療費を被保険者数で除した値のこと

2型糖尿病

インスリン非依存型と呼ばれ、遺伝的要因に過食や運動不足などの生活習慣病が重なって発症する糖尿病のこと

（1型糖尿病はインスリン依存型とも呼ばれ、自己免疫疾患などが原因でインスリン分泌細胞が破壊される糖尿病のこと）

<データヘルス計画の根拠法令>

●国民健康保険法（昭和33年法律第192号）

第82条 市町村及び組合は、特定健康診査等を行うものとするほか、これらの事業以外の事業であつて、健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

●高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）

第19条 保険者（国民健康保険法の定めるところにより都道府県が当該都道府県内の市町村とともに行う国民健康保険（以下「国民健康保険」という。）にあつては、市町村。以下この節並びに第125条の3第1項及び第4項において同じ。）は、特定健康診査等基本指針に即して、6年ごとに、6年を1期として、特定健康診査等の実施に関する計画（以下「特定健康診査等実施計画」という。）を定めるものとする。

2 特定健康診査等実施計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

- 一 特定健康診査等の具体的な実施方法に関する事項
- 二 特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標
- 三 前二号に掲げるもののほか、特定健康診査等の適切かつ有効な実施のために必要な事項

3 保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。

第20条 保険者は、特定健康診査等実施計画に基づき、厚生労働省令で定めるところにより、40歳以上の加入者に対し、特定健康診査を行うものとする。ただし、加入者が特定健康診査に相当する健康診査を受け、その結果を証明する書面の提出を受けたとき、又は第26条第2項の規定により特定健康診査に関する記録の送付を受けたときは、この限りでない。

第24条 保険者は、特定健康診査等実施計画に基づき、厚生労働省令で定めるところにより、特定保健指導を行うものとする。

●健康増進法（平成14年法律第103号）

第8条 都道府県は、基本方針を勘案して、当該都道府県の住民の健康の増進の推進に関する施策についての基本的な計画（以下「都道府県健康増進計画」という。）を定めるものとする。

2 市町村は、基本方針及び都道府県健康増進計画を勘案して、当該市町村の住民の健康の増進の推進に関する施策についての計画（以下「市町村健康増進計画」という。）を定めるよう努めるものとする。



鎌ヶ谷市国民健康保険保健事業実施計画
(データヘルス計画) 第3期
令和6年3月

発行 鎌ヶ谷市市民生活部保険年金課
〒273-0195 鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷2丁目6番地1号
TEL 047-445-1418
FAX 047-445-1400
E-mail hokenjigyo@city.kamagaya.chiba.jp