

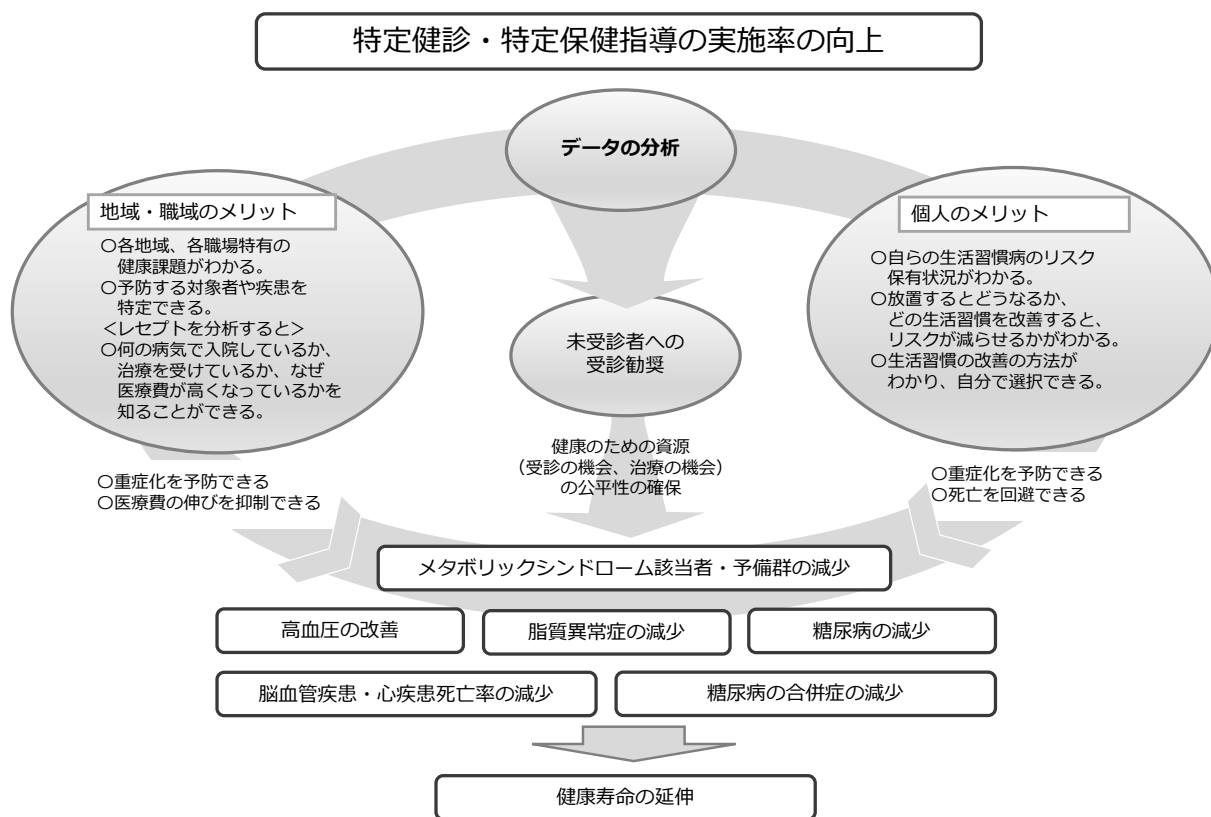
第4章 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）

1. 目的・目標の設定

第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）の評価を踏まえ、高血圧症、糖尿病を重点に、生活習慣病の早期発見及び重症化予防に向けた事業を展開し、医療費の抑制を目指します。そのために、今後も引き続き効果的なアプローチを模索しつつ、第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）を進めていきます。

データ分析によって明らかになった健康課題を解決するため、目標を中・長期、短期に分けて設定します。

【参考：特定健康診査・特定保健指導標準的なプログラムより】



（1）健康課題の整理

第3章で抽出した健康課題について、整理しました。

旭市の健康課題	特定健康診査結果から、糖尿病・高血圧症に関する検査値の有所見者が多く、虚血性心疾患・脳血管疾患の有病割合が高く、医療費も増加傾向にある。
---------	--

項目	健康課題
特定健康診査	・令和4年度の特定健康診査受診率は49.3%となっており、同規模、千葉県、全国の受診率と比べ、いずれも上回っているが、未受診者が、なかなか受診につながらない。 ・特定健康診査受診率は、女性より男性の受診率が低く、年齢階層別では、40歳代が30%台と低い状況である。 ・特定健康診査受診者の有所見者は、男女ともにヘモグロビンA1c、収縮期血圧、LDLコレステロールの基準値以上の割合が高い。 ・特定健康診査の問診項目からは、「間食」をとる割合が多く、「運動習慣」も定着していない状態である。 ・メタボリックシンドローム該当者の割合は、女性より、男性が多く、千葉県等と比較しても、多い状況である。「BMI25以上」の肥満割合も男性が高くなっている。
特定保健指導	・特定保健指導の実施率は、上昇傾向にあったが、コロナ禍での保健事業体制の変更もあり、実施率が低下し、令和4年度は26.5%にとどまっている。 ・積極的支援対象者の特定保健指導実施率は、動機付け支援対象者より低い。
生活習慣病	・生活習慣病（がんを除く）の医療費は、医療費全体の32.8%を占めている。 ・糖尿病の外来医療費が年々増加しており、特定健康診査結果のヘモグロビンA1c有所見者も改善傾向がみられていない。 ・高血圧症の医療費は、入院医療費は横ばい傾向であり、外来医療費が減少している。特定健康診査結果においては、収縮期血圧の有所見者が、男性の60歳以上で約5割を占めている。 ・脂質異常症の医療費は、減少傾向にあるが、特定健康診査結果で中性脂肪の有所見者割合は、男性の40歳代が36.8%と高い割合になっている。 ・脳血管疾患の医療費割合は増加しており、有病者は、女性より男性の割合が多い。 ・虚血性心疾患の医療費割合も増加しており、有病者割合も男性が多い。 ・慢性腎臓病の医療費は、外来医療費が減少しているが、入院医療費は横ばい傾向である。特定健康診査結果のeGFR値からは腎機能の低下者が増えている。
医療費関連	医療費
	・被保険者一人当たりの月平均医療費は、入院、外来ともに平成30年度から令和4年度にかけて増加傾向にある。年齢階層別一人当たりの医療費では、45～54歳の医療費が千葉県より上回っている。 ・疾病分類別の医療費総額割合では、千葉県等より循環器系の疾患割合が多い状況である。 ・高額医療費の状況から、30万円以上では「腎不全」が多く、生活習慣病関連の医療費80万円以上では、「がん」に次いで、「虚血性心疾患」の費用割合が高くなっている。 ・長期入院の医療費も増えており、「脳血管疾患」の入院割合が多い。
	歯科
医療費関連	その他
	・平成30年度から令和4年度までの各年度5月の診療結果より重複受診の該当者数を男女別でみると、概ね女性の方が多い。また、内服薬においては「睡眠鎮静剤」が多い。 ・頻回受診者は、「整形外科疾患」が多い。 ・後発医薬品の利用率は87.2%と高い状況であるが、横ばい傾向である。
	平均寿命等
医療費関連	・平均自立期間は、同規模、千葉県、全国と比べ男性・女性ともに低くなっている。 ・生活習慣病関連の死因では、「がん」に次いで「心疾患」が多く、千葉県等との比較では、「脳血管疾患」の死亡率が高い状況である。
	介護の状況
	・介護認定者数は、横ばい傾向にあり、介護認定率は要介護2・3で千葉県より高い状態である。 ・介護総給付費は、平成30年度から令和4年度にかけて増加傾向で推移している。 ・介護認定者の有病状況は、「心疾患」「高血圧症」「筋・骨格」の順に多い。千葉県との比較では、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」「心疾患」「脳血管疾患」「筋・骨格」「認知症」の有病率が高くなっている。

健康づくり

特定健康診査

	男性	女性
受診率	44.5% (1.06)	54.3% (1.03)

生活習慣

健診受診者要改善者割合	男性	女性
朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物をとる（毎日）	18.3% (1.06)	29.3% (1.08)
日常生活において1日1時間以上の身体活動なし	51.9% (1.01)	53.9% (1.01)
たばこを習慣的に吸っている	24.3% (1.00)	5.9% (1.03)
お酒を毎日飲む	38.2% (1.01)	8.5% (1.27)

リスク因子

有所見率	男性	女性
肥満	40.0% (1.08)	25.8% (1.02)
収縮期血圧	51.1% (1.06)	46.6% (1.10)
拡張期血圧	20.2% (1.00)	12.6% (1.16)
ヘモグロビンA1c	57.3% (1.09)	54.2% (1.10)
脂質(HDL)	10.4% (0.90)	2.5% (0.83)
脂質(LDL)	41.1% (0.96)	48.9% (0.95)
メタボリックシンドローム該当者	33.9% (1.22)	10.7% (1.30)
メタボリックシンドローム予備群	17.1% (1.14)	4.8% (1.12)

生活習慣病予防

特定保健指導

	男性	女性
実施率	26.5% (0.58)	26.4% (0.48)

生活習慣病（糖尿病・高血圧症・脂質異常症）

有病割合	男性	女性
糖尿病	43.9% (1.06)	33.4% (1.09)
高血圧症	60.4% (1.01)	50.4% (1.01)
脂質異常症	50.0% (1.11)	52.2% (1.05)

重症化予防

生活習慣病（脳血管疾患・虚血性心疾患等）

有病割合	男性	女性
脳血管疾患	11.7% (1.11)	6.1% (1.11)
虚血性心疾患	12.3% (1.16)	7.0% (1.13)
人工透析	1.5% (1.15)	0.6% (1.00)

介護予防

平均自立期間・医療費・介護等

	男性	女性
平均寿命	80.9歳	86.7歳
平均自立期間（健康寿命）	78.4歳	83.0歳
	入院	外来
一人当たり医療費	10,340円 (1.18)	15,730円 (1.15)
	1号認定者	2号認定者
要介護（認定率）	15.1% (0.96)	0.4% (0.8)

※数値は令和4年度時点

() 内数値は平成30年度実績値を「1」とした場合の比較

(2) 中・長期目標：計画の最終年度までに達成を目指すもの

旭市の健康課題を踏まえ、『被保険者の疾病予防と健康寿命の延伸』を目標に、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化を防ぐために、要因となる高血圧症、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていきます。生活習慣病予防・重症化予防に取り組むことで介護予防につなげ、健康寿命（平均自立期間）の延伸を図っていきます。

また、令和8年度中に中間評価を実施します。

表 91 中・長期評価指標

評価指標		現状値（令和4年度）	
平均自立期間	男性	78.4歳	
	女性	83.0歳	
主な死因の死亡率割合	脳血管疾患	17.3%	(155.8)
	心疾患	26.1%	(114.2)
	糖尿病	1.3%	(120.2)
	腎不全	2.0%	(86.4)
被保険者一人当たりの医療費	入院	10,340円	
	外来	15,730円	
生活習慣病疾病分類 医療費	糖尿病	315,008千円	5.6%
	高血圧症	174,372千円	3.1%
	脂質異常症	113,537千円	2.0%
	脳血管疾患	26,570千円	0.5%
	虚血性心疾患	139,690千円	2.5%
	慢性腎臓病（透析あり）	185,610千円	3.3%
生活習慣病疾病分類 有病割合 (5月診療分)	糖尿病	2,642人	14.1%
	高血圧症	3,787人	20.2%
	脂質異常症	3,496人	18.6%
	脳血管疾患	608人	3.2%
	虚血性心疾患	657人	3.5%
	慢性腎臓病（透析あり）	72人	0.4%
介護認定率	第1号認定率	15.1%	36,041人
	第2号認定率	0.4%	1,005人

※主な死因の死亡率割合（）内の数字は千葉県を100とした令和2年の標準化死亡比（SMR）

(3) 短期目標：年度ごとの目標を達成するために必要な保健事業などの計画

次に、データヘルス計画の目標を達成するための戦略として、以下の5項目を設定しました。

表 92 データヘルス計画の目標を達成するための戦略

データヘルス計画の目標達成するための戦略
I 特定健康診査受診率の向上を図る
II 特定保健指導実施率の向上を図る
III 生活習慣病の重症化予防を推進する
IV 糖尿病性腎症の重症化予防を推進する
V その他保健事業の推進を図る

事業名	特定健康診査等
事業の目的	・メタボリックシンドローム該当者、予備群を早期発見し、生活習慣病の発症と重症化予防につなげる ・未受診者の掘り起こしを行い、受診率向上につなげる
対象者	旭市国民健康保険被保険者
現在までの事業結果	特定健康診査受診率向上対策を、コロナ禍にあった令和2年度には実施しなかったが、継続的に取り組み、令和3年度に増加し、令和4年度は、受診率49.3%と平成30年度と比較し、1.9ポイント増加している

【今後の目標値】

指標	評価指標	策定時	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム (成果指標)	特定健診受診率	49.3%	51.5%	53.0%	54.5%	56.0%	58.0%	60.0%
アウトプット (実施量・率指標)	健診受診勧奨数 (人)・率(%)	10,023 (75.4)	9,148 (73.0)	8,650 (71.0)	8,236 (69.5)	7,841 (68.0)	7,410 (66.0)	6,999 (64.0)

目標を達成させるための主な戦略(地域資源、委託等)	・特定健康診査受診率向上対策を毎年度内容等見直し継続実施する (業務委託) ・旭匠瑳医師会及び関係機関と連携を図り実施する
現在までの実施方法・体制 (プロセス・ストラクチャー)	・健診対象者…35歳からの被保険者(早期介入保健指導事業を実施) ・周知方法…広報、ホームページ、ポスター等で周知する ・個人通知…健康診査対象者に全数通知を実施 ・健診体制…医療機関で実施する個別健診と市の公共施設で実施する集団健診、短期人間ドック ※予約が必要な医療機関もあり、健康診査実施医療機関を周知する ・同時実施の検診等…大腸がん検診・前立腺がん検診 肝炎ウイルス検診・風疹抗体検査 ・休日健診の実施 ・健康診査費用…無料で実施 ・健診項目…独自項目として、尿酸、クレアチニン(全数)検査実施 ・受診勧奨…業者委託にて未受診者、不定期受診者に対し受診勧奨通知を送付する
今後の実施方法・体制の改善案目標	・健診対象者…早期介入事業の対象者を拡大する ・周知方法…受診勧奨者を抽出し、SMSやSNSを活用し勧奨する方法を取り入れる ・個人通知…被保険者への全数通知を継続実施する ・健診体制…個別健診と集団健診の継続する。がん検診等同時実施する。休日健診を組み入れながら、夜間健診についても検討 ・健診費用…健診費用の自己負担については、委託料等の状況に合わせ検討 ・健診項目…生活習慣病予防対策として、必要な健診項目の見直しを図る ・受診勧奨…毎年度、創意工夫し、市民の健康意識を高め、受診率の向上につなげる
評価計画	評価時期：年度末、翌年度11月 確認帳票：市健康管理システム特定健診実施者数、法定報告

事業名	特定保健指導
事業の目的	特定保健指導の実施率向上により、メタボリックシンドロームの改善を図り、生活習慣病の発症や重症化予防につなげる
対象者	特定保健指導（積極的支援・動機付け支援）該当者
現在までの事業結果	特定保健指導実施率は一時50%を超えていたが、コロナ禍の影響で令和2～4年度は対面による保健指導に制限があったことなどから、実施率が低下している。令和5年度から市内薬局やICTを活用した特定保健指導を導入し利用者の拡大を図った。

【今後の目標値】

指標	評価指標	策定時	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム (成果指標)	メタボリックシンドローム該当者割合	21.4%	21.0%	20.5%	20.0%	19.5%	19.0%	18.0%
アウトカム (成果指標)	メタボリックシンドローム予備群割合	10.4%	10.0%	9.5%	9.0%	8.5%	8.0%	7.5%
アウトプット (実施量・率指標)	特定保健指導実施率	26.5%	34.0%	38.0%	42.0%	46.0%	50.0%	55.0%

目標を達成させるための主な戦略(地域資源、委託等)	・未利用者対策の継続実施 ・薬局店舗での特定保健指導業務の委託 ・ICTを活用した特定保健指導業務の委託
現在までの実施方法・体制 (プロセス・ストラクチャー)	・周知方法…個人通知 ・指導体制…市の保健師や管理栄養士による指導 管理栄養士を配する市内の薬局における指導及びICTを活用した遠隔による指導の業務委託 健康診査当日の初回面接の分割実施 ・費用…無料で実施 ・指導内容…初回面接（分割実施含む） 継続的な支援（電話、面接、ICT活用等） 実績評価（初回面接から3か月後以降） ・未利用者対策…訪問により初回面接、または利用勧奨を行う ※35歳から特定保健指導に準じた指導を実施
今後の実施方法・体制の改善案目標	・ナッジ理論を利用した案内通知により、利用率向上を図る ・健康診査当日の初回面接の分割実施を継続する ・複数の指導体制を用意し、対象者が利用しやすい環境を整え、実施率の向上を図る(薬局及びICT活用の保健指導の拡大等検討) ・未利用者に対し再通知や訪問等を実施し、特定保健指導の利用につなげる ・科学的根拠に基づいた保健指導を実施するため、保健師や管理栄養士の継続したスキルアップを図る
評価計画	評価時期：年度末、翌年度11月 確認帳票：市健康管理システム特定保健指導実施者数、法定報告

事業名	生活習慣病重症化予防
事業の目的	生活習慣病重症化予防（受診勧奨と保健指導）を実施することで、高血圧症や糖尿病等の重症化を防ぐ
対象者	特定健康診査受診結果の受診勧奨判定値で優先順位が高い者
現在までの事業結果	受診勧奨者の医療機関へ受診率は、コロナ過の影響で低下していたが、回復傾向にある

【今後の目標値】

指標	評価指標	策定時	目標値						
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
アウトカム (成果指標)	HbA1c有所見者割合（6.5%以上）	9.2%	※現状値の改善を目指す						減少
アウトカム (成果指標)	拡張期血圧有所見割合（90mmHg以上）	8.3%	※現状値の改善を目指す						減少
アウトカム (成果指標)	収縮期血圧有所見割合（140mmHg以上）	23.5%	※現状値の改善を目指す						減少
アウトカム (成果指標)	受診勧奨者の医療機関受診率	40.5%	42.0%	43.0%	44.0%	45.0%	47.0%	50.0%	

目標を達成させるための主な戦略(地域資源、委託等)	・医療機関と連携することで、適切な保健指導につなげる
現在までの実施方法・体制（プロセス・ストラクチャー）	・対象者…血圧・血糖・脂質・腎機能・肝機能等で受診勧奨判定値の者で優先順位をつけて実施 ・実施体制…保健師・管理栄養士による受診勧奨と保健指導 ※「精密検査受診の指示書」を発行 ※医療機関より結果報告（医師の指示）を受け再指導 ・費用…無料で実施 ・受診確認…医療機関からの精密検査の指示書の返信やKDB、本人からの連絡等で受診・治療状況の確認をする ※35歳からも特定健康診査結果に準じて実施 （早期介入保健指導事業を実施）
今後の実施方法・体制の改善案目標	・市の健康状況等により、対象者、実施体制等は定期的に見直しを図る ・医療機関との連携強化を図る
評価計画	評価時期：年度末、翌年度11月、 確認帳票：KDB厚生労働省様式、市精密検査指示書管理表

事業名	糖尿病性腎症重症化予防
事業の目的	糖尿病性腎症重症化予防プログラムを推進することで、糖尿病の重症化及び慢性腎臓病への悪化を防ぐ
対象者	旭市糖尿病性腎症重症化予防プログラム該当者
現在までの事業結果	対象者への受診勧奨はほぼ全数に実施できているが、プログラムへの参加者数は伸び悩んでいる

【今後の目標値】

指標	評価指標	策定時	目標値						
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
アウトカム (成果指標)	新規人工透析患者数 (国保継続加入者)	6人	※現状値の改善を目指す						減少
アウトカム (成果指標)	HbA1c8.0%以上の者の割合/検査実施者	1.2%	※現状値の改善を目指す						減少
アウトプット (実施量・率指標)	糖尿病プログラム対象者の保健指導実施率	94.1%	95.0%	96.0%	97.0%	98.0%	99.0%	100%	

目標を達成させるための主な戦略(地域資源、委託等)	・医療機関と連携し、適切な治療や保健指導につなげる ・旭市糖尿病対策地域連絡会と連携を図り事業推進につなげる (旭中央病院、旭匠瑳医師会、旭市歯科医師会、旭匠瑳薬剤師会、海匠保健所、千葉大学等)
現在までの実施方法・体制 (プロセス・ストラクチャー)	【旭市糖尿病性腎症重症化予防プログラム】 ・対象者…当該年度特定健康診査の結果、基準該当者 前年度特定健康診査の結果、基準該当者 糖尿病治療中で、保健指導が必要な者等 ・実施体制…・保健師または管理栄養士が受診勧奨を実施 ・受診状況の確認と医師の指示に基づく食事等の生活習慣に関する指導等を実施 ・旭中央病院糖尿病専門医との連携 ・費用…無料で実施 ※35歳からも特定健康診査結果に準じて実施 【CCDプロジェクトとの共同】期間：令和3年～7年(5年間) 旭市、千葉大学、ノボ・ノルディスクファーマ社の協定の基、糖尿病予防介入プログラムの「重症化予防」に本事業を位置づけ、糖尿病対策地域連絡会を発足させ地域診療の課題共有や解決、事業推進に向け取り組む
今後の実施方法・体制の改善案目標	・対象者の抽出基準や実施方法は、国や県の糖尿病性腎症重症化予防プログラムのほか、慢性腎臓病(CKD)重症化予防ガイドラインも考慮し、見直しを図る ・糖尿病対策地域連絡会の連携を維持・強化することで事業推進につなげる ・プログラムの指導方法等工夫し、参加者の増加を図る ・提供する保健指導の質や内容に一貫性を持たせるため、情報共有や事例検討を定期的に開催
評価計画	評価時期：年度末、翌年度11月 確認帳票：特定疾病療養受領証、KDB健診ツリー図、市糖尿病性腎症重症化予防プログラム管理帳票

【その他保健事業】

事業名	事業の目的	対象者	今後の実施体制	評価計画
栄養教室	正しい知識の普及により、健康増進と生活習慣病の予防を図る	20歳以上の市民	・年2回 ・生活習慣病予防の健康教育 ・調理実習	教室参加数
運動教室	正しい知識の普及により、健康増進と生活習慣病の予防を図る	市民	・年5回 ・生活習慣病予防の健康教育 ・委託業者による運動指導 ・関係各課と連携し、運動拠点の拡大	教室参加数
あさひ健康 応援ポイント	主体的かつ積極的に健康づくりへの参加を促進を図る	市民または健康応援事業所に勤務している人	・対象期間…1年間 ・日頃の健康づくりへの取り組みをポイント化し、規定のポイントに達したら応募が可能。 ・規定ポイント以上で景品への抽選が可能。	応募者数 健康応援事業所数
歯周病検診	歯周病と生活習慣病の関連について知識の普及と生活習慣の改善を図る	20. 30. 40. 50. 60. 70 歳	・委託先：旭市歯科医師会 ・通知：対象者全員に発送 ・未受診者：30. 40. 50歳にハガキ送付 ・実施時期：4月～9月	歯周病検診受診率
重複・頻回受診者訪問等	健康被害を防止するとともに医療費の適正化を図る	重複・多剤服薬者・頻回受診者	・委託先：旭市薬剤師会 ・対象者抽出： - 国保連合会提供重複多受診者リスト - KDB帳票 ・検討会の開催 ・訪問指導の実施 ・本人同意のもと関係機関へ情報提供	訪問指導実施後の医療費の状況・医療機関受診状況
後発医薬品利用差額通知	医療費の抑制を図る	後発医薬品切替額が200円以上の者	・委託先：千葉県国保連合会 ・対象月：8月調剤分 ・発送時期：12月（年1回）	国保連合会総合システムより、差額通知書別集計表（1月～12月集計）
医療費通知	適正な受診状況の取得を図る	医療機関受診者	・委託先：千葉県国保連合会 ・対象月：12月診療～11月診療 ・発送時期：6. 9. 12. 2月（年4回）	KDBシステム帳票より、医療費総額、一人当たり医療費
高齢者の一体的保健事業	平均自立期間の延伸、心身ともに健康で充実した状態の維持向上を図る	後期高齢者健診受診者、通いの場参加者	・千葉県後期高齢者医療広域連合からの受託事業 ・生活習慣病重症化予防（受診勧奨） ・低栄養防止（栄養指導） ・通いの場を活用した健康教育等	受診勧奨者のうち、医療機関受診率 低栄養防止3か月後評価実施率

2. 計画の評価・見直し

本計画の評価については、計画（Plan）に従って、事業を実施（Do）したことに対し、その達成度をはじめ、有効性や効率性等の観点から分析・点検・評価（Check）を行い、その評価結果をもとに、各事業の見直し・改善（Act）を行うとともに、その評価結果をもとに、計画（Plan）にも反映させていきます。

個別の保健事業に関しては、毎年度進捗状況を確認し評価を行います。その評価に基づき、令和 8 年度に中間評価を行い、計画取組の進捗状況を確認し、必要に応じて実施方法や数値目標の見直しを検討します。最終年度である令和 11 年度には、計画期間における事業の総合的な評価を行い、より効果的な保健事業の運営のため次期計画に向けて見直しを図ります。

3. 地域包括ケアによる取組

団塊の世代が 75 歳以上となる令和 7 年を目途に、高齢者が住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けられるように、医療・保健（介護予防）・介護・住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確立される「地域包括ケアシステム」を地域の実情に合わせて推進することが重要です。

本市の高齢人口割合（高齢化率）は、令和 4 年は 31.5%で、高齢者数の推移を年齢別にみると、いずれの年齢区分も増加傾向にあります。

包括的な地域保健体制の構築として、「保健活動連絡会」や「在宅医療・介護連携推進事業 多職種連携研修会」を継続し、地域保健に係る市役所連携部署の連絡・連携を深化していきます。