

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

令和6年3月  
柏市



第1部	第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)	
第1章	計画策定について	
	1. 計画の趣旨	5
	2. 計画期間	6
	3. 実施体制・関係者連携	6
	4. データ分析期間	8
第2章	地域の概況	
	1. 柏市の概況	9
	2. 医療基礎情報	13
	3. 平均余命と平均自立期間	14
	4. 死亡の状況	16
第3章	過去の取り組みの考察	
	1. 第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)全体の評価	19
	2. 各事業の達成状況	25
第4章	健康・医療情報等の分析	
	1. 医療費の基礎集計	66
	2. 生活習慣病に関する分析	76
	3. 生活習慣病患者の健康診査受診状況別罹患状況と医療費	81
	4. 介護保険の状況	82
	5. 特定健康診査	92
	6. 特定保健指導	103
	7. 受診行動適正化に係る分析	110
	9. 被保険者の階層化	114
第5章	第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)	
	1. 分析結果のアセスメント	116
	2. 健康課題解決のための対策	117
	3. 健康課題を解決するための個別の保健事業	119
第6章	その他	
	1. 計画の評価及び見直し	138
	2. 計画の公表・周知	138
	3. 個人情報の取扱い	138
	4. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項	139
	5. 他の健診との連携	139
	6. 保健事業利用券の活用	139
第2部	第4期特定健康診査等実施計画	
第1章	特定健康診査等実施計画について	
	1. 計画策定の趣旨	141
	2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ	141
	3. 計画期間	141
	4. データ分析期間	141
第2章	特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価	
	1. 取り組みの実施内容	142

-目次-

	2. 特定健康診査の受診状況	144
	3. メタボリックシンドローム該当状況	148
	4. 第3期計画の評価と考察	150
第3章	特定健康診査に係る詳細分析	
	1. 特定保健指導対象者に係る分析	152
第4章	特定健康診査等実施計画	
	1. 目標	158
	2. 対象者数推計	158
第5章	特定健康診査・保健指導の実施	
	1. 特定健康診査	160
	2. 特定保健指導	163
	3. 目標達成に向けての取り組み	166
	4. 実施スケジュール	167
第6章	その他	
	1. 個人情報の保護	168
	2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知	168
	3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	169
	4. 他の健診との連携	169

第1部  
第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)

# 第1章 計画策定について

## 1. 計画の趣旨

### (1) 計画策定の背景

糖尿病や循環器疾患をはじめとする生活習慣病は、明確な自覚症状がない状態で進行し、合併症等によって要介護状態や死亡に至る主な原因の一つとなっています。高齢化の進展により疾病構造が変化するなかで、生活習慣病は死亡者数の約6割、国民医療費（一般診療費）の約2割を占めるなど、その予防は健康を守るために喫緊の課題となっています。

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」と掲げられました。またこれを受け、「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」の一部が改正され、「市町村及び組合は（中略）健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。」と定められました。令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」では、データヘルス計画の標準化等の取り組みの推進が掲げられ、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革工程表2022」においては、データヘルス計画の標準化の方針が示されました。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取り組みの推進や評価指標の設定の推進が進められています。

本計画は、第1期及び第2期計画における実施結果等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定めたものです。計画の推進に当たっては、医療介護分野における連携を強化し、地域の実情に根差したきめ細かな支援の実現を目指し、高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施し、被保険者を支える地域包括ケアの充実・強化に努めるものとします。

### (2) 計画の位置づけ

保健事業実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

計画の策定に当たっては、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、健康寿命の延伸と健康格差の縮小等を基本的な方向とするとともに、関連する他計画（健康増進計画、医療費適正化計画、介護保険事業計画、高齢者保健事業実施計画（データヘルス計画）、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれた内容とします。本計画において推進・強化する取り組み等については他計画の関連事項・関連目標を踏まえて検討し、関係者等に共有し、理解を図るものとします。

## 2. 計画期間

令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

## 3. 実施体制・関係者連携

### (1) 柏市第五次総合計画後期基本計画の分野別方針の位置づけ

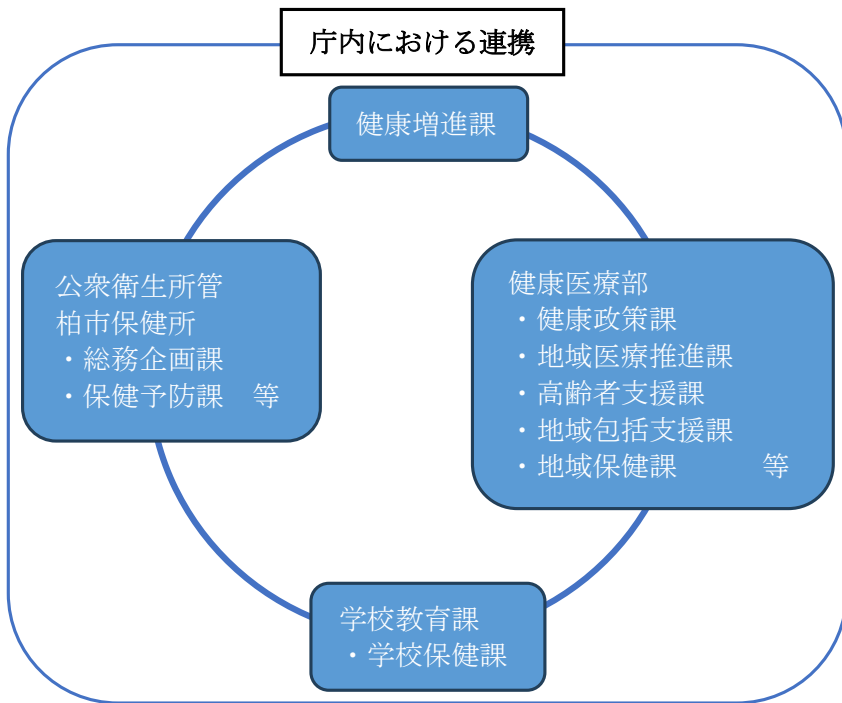
本計画は、柏市第五次総合計画の「健康・サポート」に位置付けられており、健康づくり及び保健事業・介護予防(またはフレイル予防)の取組を推進する体制が構築された、健康寿命の延伸と健康格差の是正を目指します。

なお、令和5年度から令和6年度にかけて次期総合計画の改定を行っていることから、次期総合計画との協調も今後行うものとします。

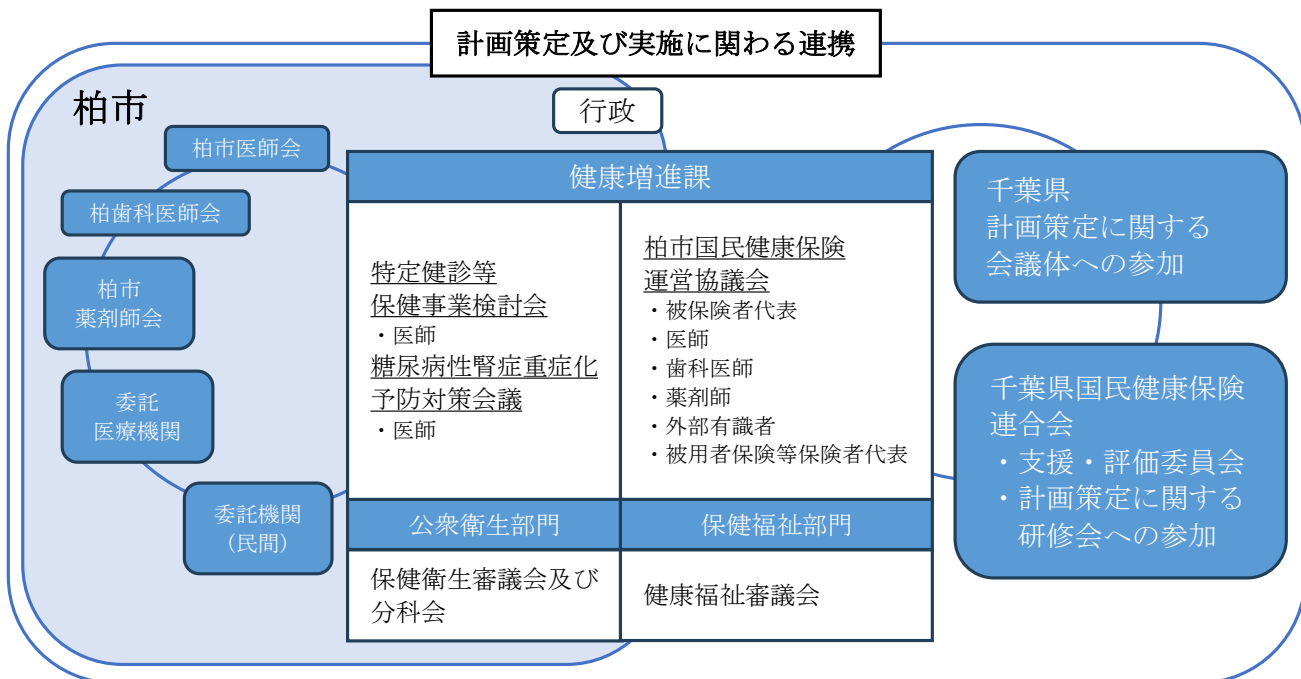


### (2) 庁内連携・関係機関との連携

市民の健康の保持・増進には、幅広い部局が関わっていることから、市町村が一体となって関係部局と連携し計画策定・推進することが求められています。計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となります。庁内関係部局と計画策定作業を通して連携を強化するとともに、共通認識を持って課題解決に取り組むものとします。



また、計画策定においては、柏市医師会推薦の委員で構成する「柏市特定健診等保健事業検討会」にて主に検討し、医師会等外部有識者や被保険者等で構成する「柏市国民健康保険運営協議会」においても報告・検討をします。また、千葉県国民健康保険団体連合会や連合会内に設置される支援・評価委員会にて、支援・評価を受け作成します。





## 4. データ分析期間

### ■入院(DPCを含む), 入院外, 調剤の電子レセプト

#### 単年分析

令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)

#### 年度分析

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月診療分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月診療分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)

### ■健康診査データ

#### 単年分析

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

#### 年度分析

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月健診分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月健診分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

### ■国保データベース(KDB)システムデータ

平成30年度～令和4年度(5年分)

### ■介護データ(KDB「要介護(支援)者突合状況」を使用)

#### 単年分析

令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

#### 年度分析

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月分(12カ月分)

# 第2章 地域の概況

## 1. 柏市の概況

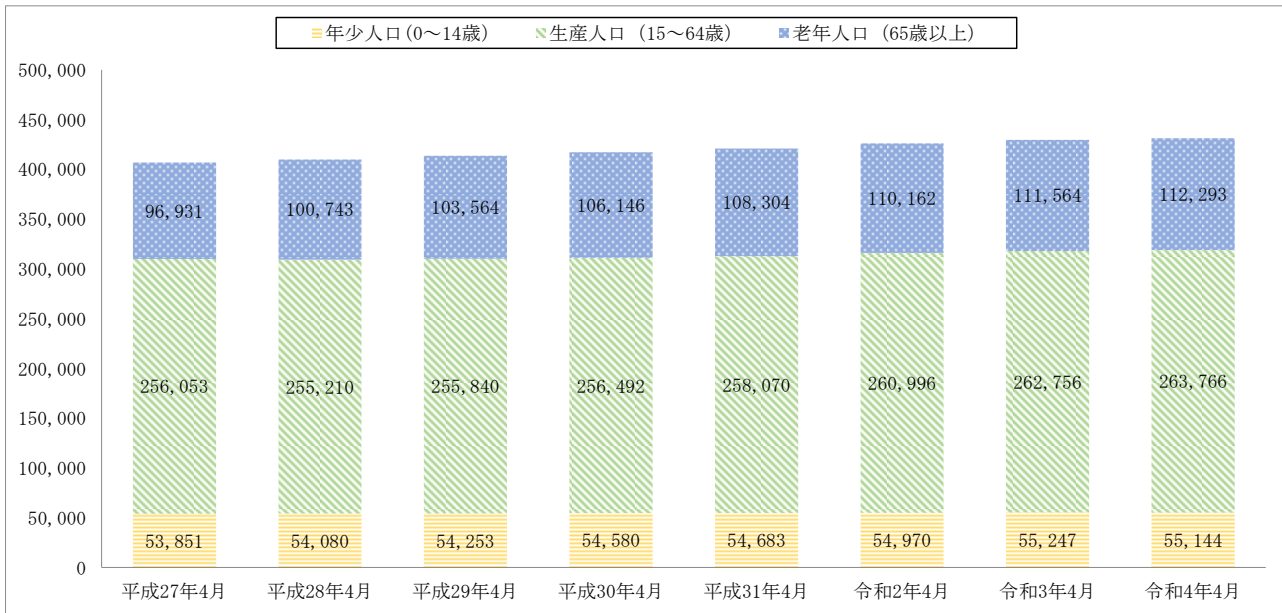
### (1) 柏市の人口

2022年(令和4年)4月1日時点の柏市の人口は433,621人となっています。

老年人口(65歳以上)は年々増加しており、2022年(令和4年)4月1日時点で高齢化率は26.0%となっています。今後も65歳以上の人口は増加が見込まれ、高齢化の進展が予測されています(図1)。

【図1】 年度別 柏市の人口推移

※各年4月1日時点住民基本台帳人口に基づく



出典: 柏市統計書

### (2) 柏市の概要

国保データベース(KDB)システムによると柏市の高齢化率は、全国平均より低い反面、年々増加傾向となっています。その他、全国平均と比べ、出生率は0.6ポイント高く、死亡率は2.0ポイント低くなっています。また、KDBは国勢調査の人口をもとに作成されており、住民基本台帳と集計方法は異なります(表1)。

【表1】 2022年度(令和4年度) 柏市の概要(柏市・県・国の比較)

区分	人口総数(人)	高齢化率(65歳以上)	国保被保険者数(人)	国保加入率	国保被保険者平均年齢(歳)	出生率	死亡率
柏市	415,284	26.5%	81,556	19.6%	52.5	7.4	9.1
県	6,150,178	27.6%	1,233,735	20.1%	53.3	6.5	10.1
同規模	370,027	26.4%	71,813	19.4%	52.0	7.3	10.2
国	123,214,261	28.7%	24,660,500	20.0%	53.4	6.8	11.1

出典: 国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

### (3) 医療アクセスの状況

本市の令和4年度における、千人当たりの医療提供体制をみると、「病床数」，「医師数」は県・国よりも多いですが、「外来患者数」，「入院患者数」は県・同規模・国よりも少なくなっています。(表2)

【表2】 医療提供体制(令和4年度)

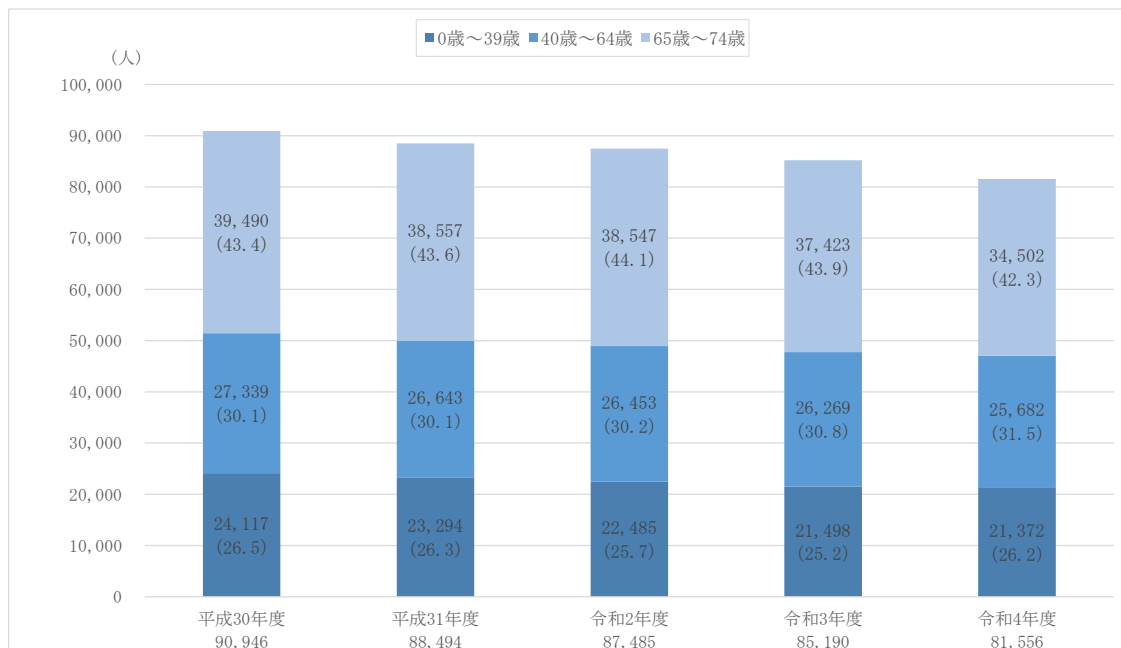
医療項目	柏市	県	同規模	国
千人当たり				
病院数	0.2	0.2	0.3	0.3
診療所数	3.1	3.1	4.9	4.2
病床数	66.0	48.5	64.5	61.1
医師数	14.5	10.9	17.9	13.8
外来患者数	607.3	649.4	704.0	709.6
入院患者数	15.7	16.1	17.7	18.8

出典: 国保データベース (KDB) システム 「地域の全体像の把握」

### (4) 柏市国民健康保険被保険者の状況

2022年(令和4年)4月1日時点の柏市国民健康保険の被保険者数は81,556人で、柏市の人口433,621人に対する被保険者の割合では18.8%となっており、2012年(平成24年)以降、毎年減少しています。2022年(令和4年)は前年より1.0ポイント減少となっています(図2)。

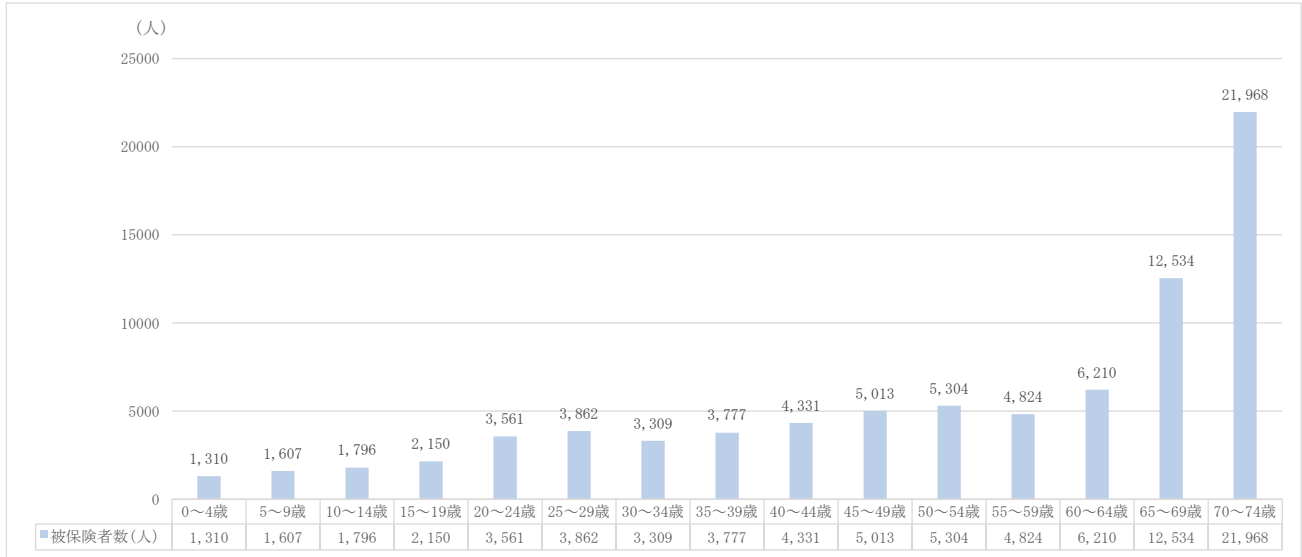
【図2】 柏市国民健康保険被保険者の推移



出典: 国保データベース (KDB) システム 「人口及び被保険者の状況」

令和4年度の被保険者数を年齢階層別にみると、65歳以上から大幅に増えており、定年退職後の社会保険からの離脱による国保加入が多いことが想定されます。(図3)

【図3】 令和4年度 柏市国民健康保険被保険者数



出典：国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

柏市は、転出入が多い地域であり、被保険者の増減に大きく関係しています。後期高齢者への移行も多くなっています(表3)。

【表3】 2022年度(令和4年度) 柏市国民健康保険 被保険者の増減内訳

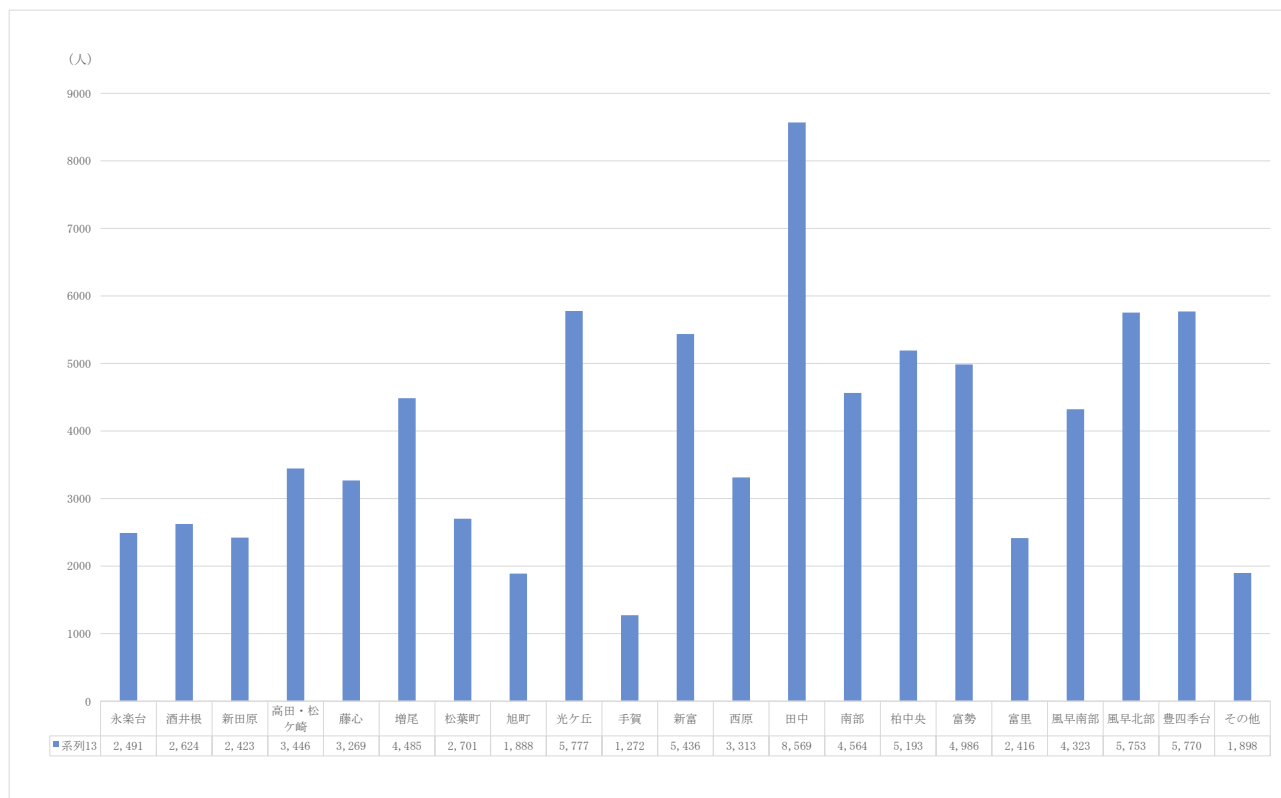
※2022年(令和4年)4月1日時点住民基本台帳人口に基づく

被保険者増減内訳	本年度中増加(人) (18,067)	転入	社保離脱	生保廃止	出生	後期高齢者離脱	その他
		5,293	11,992	123	226	その他を含む	433
	本年度中減少(人) (21,776)	転出	社保加入	生保開始	死亡	後期高齢者適用	その他
		3,858	10,584	376	582	5,661	715

出典：柏市国民健康保険事業年報

令和4年度の地区別の被保険者数をみると、地域により被保険者数の状況に差があり、「その他」を除くと「田中地区」が8,569人で1番多く、次いで「光ヶ丘地区」,「豊四季台地区」となっています。(図4)

【図4】 2022年度(令和4年度) 柏市国民健康保険 被保険者数状況(地区別)



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む),入院外,調剤の電子レセプト。対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

年齢範囲…年齢基準日時点の年齢を0歳～99歳の範囲で分析対象としている。

年齢基準日…令和5年3月31日時点。

※被保険者数…分析期間中に1日でも資格があれば集計対象としている。

分析期間内で異動が発生した場合,地区毎の集計は診療月時点の地区それぞれに被保険者数を集計。

地区全体は実人数を集計。

そのため,地区毎の被保険者数を合計した結果と,地区全体の被保険者数は一致しない。

## 2. 医療基礎情報

令和4年度における、医療基礎情報をみると、受診率は県・同規模・国より低いですが、一件当たり医療費は高くなっています。また、外来・入院ともに一日当たり医療費も高くなっています。(表4)

【表4】医療基礎情報(令和4年度)

医療項目	柏市	県	同規模	国
受診率	<b>623.0</b>	665.5	721.7	728.4
一件当たり医療費(円)	<b>41,500</b>	40,380	39,390	39,870
一般(円)	<b>41,500</b>	40,380	39,390	39,870
退職(円)	<b>0</b>	147,470	30,110	67,230
外来				
外来費用の割合	<b>61.0%</b>	61.8%	60.8%	59.9%
外来受診率	<b>607.3</b>	649.4	704.0	709.6
一件当たり医療費(円)	<b>25,960</b>	25,580	24,570	24,520
一人当たり医療費(円) ※	<b>15,770</b>	16,610	17,290	17,400
一日当たり医療費(円)	<b>17,710</b>	17,300	16,340	16,500
一件当たり受診回数	<b>1.5</b>	1.5	1.5	1.5
入院				
入院費用の割合	<b>39.0%</b>	38.2%	39.2%	40.1%
入院率	<b>15.7</b>	16.1	17.7	18.8
一件当たり医療費(円)	<b>640,970</b>	635,550	628,960	619,090
一人当たり医療費(円) ※	<b>10,090</b>	10,260	11,130	11,650
一日当たり医療費(円)	<b>43,270</b>	41,410	40,050	38,730
一件当たり在院日数	<b>14.8</b>	15.3	15.7	16.0

出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

※一人当たり医療費…1カ月分相当。

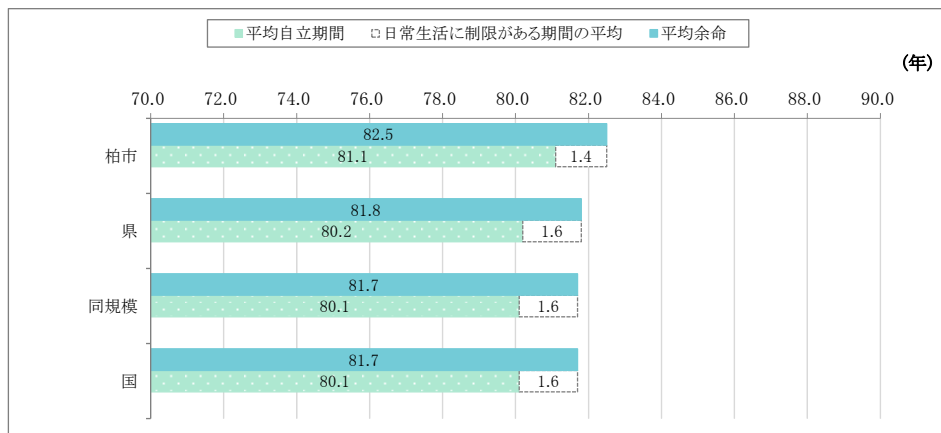
※受診率, 外来受診率, 入院率…被保険者1,000人当たりのレセプト件数(レセプト数÷被保険者数×1,000)

### 3. 平均余命と平均自立期間

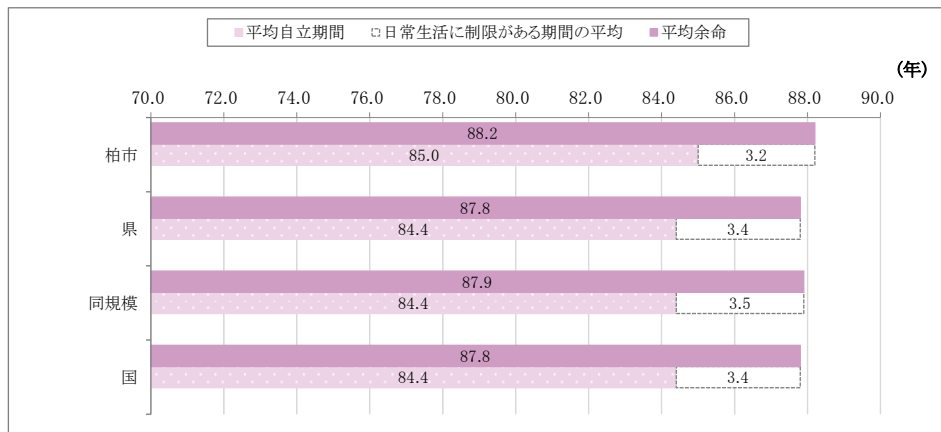
平均余命は、ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命を示しています。また、平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つです。平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味しています。

令和4年度における平均余命、平均自立期間をみると、男女ともに県・同規模・国よりも長くなっています。日常生活に制限がある期間は男性1.4年、女性3.2年で、県・同規模・国と比べて短く、日常生活動作が自立している期間が長いと言えます。(図5、図6)

【図5】(男性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)

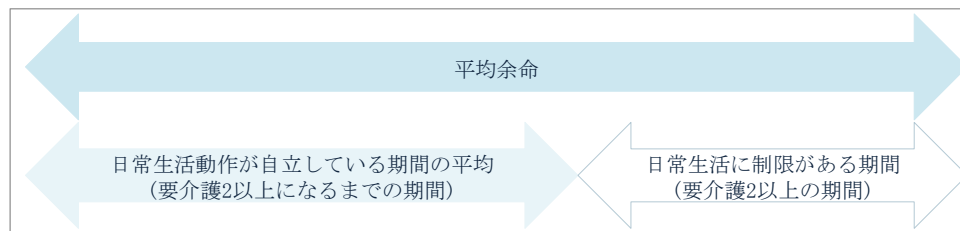


【図6】(女性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

【参考】平均余命と平均自立期間について



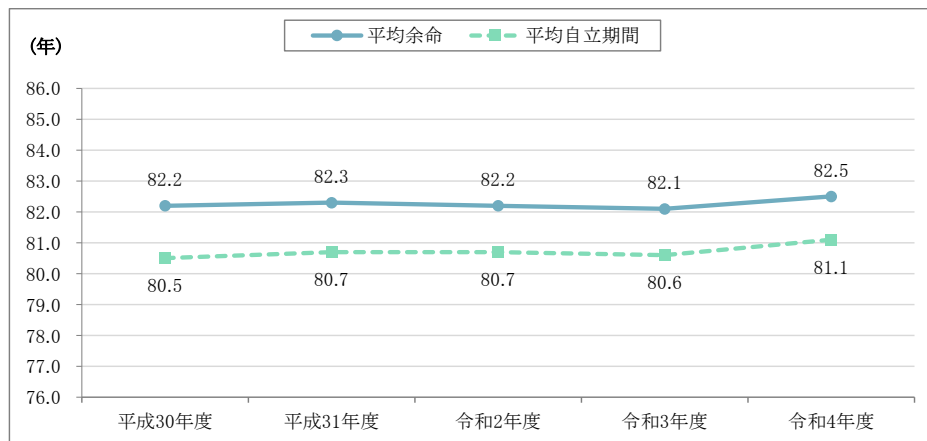
平成30年度から令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を見ると、男性における令和4年度の平均自立期間は81.1年で平成30年度の80.5年から0.6年延伸しています。女性における令和4年度の平均自立期間は85.0年で平成30年度の84.7年から0.3年延伸しています。(表5, 図7, 図8)

【表5】 年度・男女別 平均余命と平均自立期間, 日常生活に制限がある期間の平均

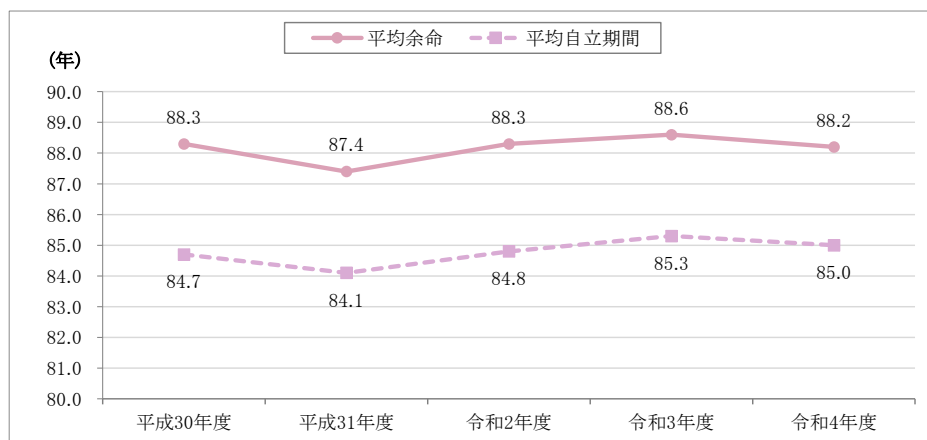
年度	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)
平成30年度	82.2	80.5	1.7	88.3	84.7	3.6
平成31年度	82.3	80.7	1.6	87.4	84.1	3.3
令和2年度	82.2	80.7	1.5	88.3	84.8	3.5
令和3年度	82.1	80.6	1.5	88.6	85.3	3.3
令和4年度	82.5	81.1	1.4	88.2	85.0	3.2

出典: 国保データベース (KDB) システム 「地域の全体像の把握」

【図7】 (男性) 年度別 平均余命と平均自立期間



【図8】 (女性) 年度別 平均余命と平均自立期間



出典: 国保データベース (KDB) システム 「地域の全体像の把握」



## 4. 死亡の状況

令和4年度における、標準化死亡比をみると、県・同規模・国より低くなっています。

(表6)

しかし、主たる死因の状況をみると、「悪性新生物」，「自殺」，「糖尿病」は県・同規模・国より高くなっています。(表7)

【表6】男女別 標準化死亡比(令和4年度)

	柏市	県	同規模	国
男性	89.5	97.4	99.3	100.0
女性	93.5	100.9	99.4	100.0

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

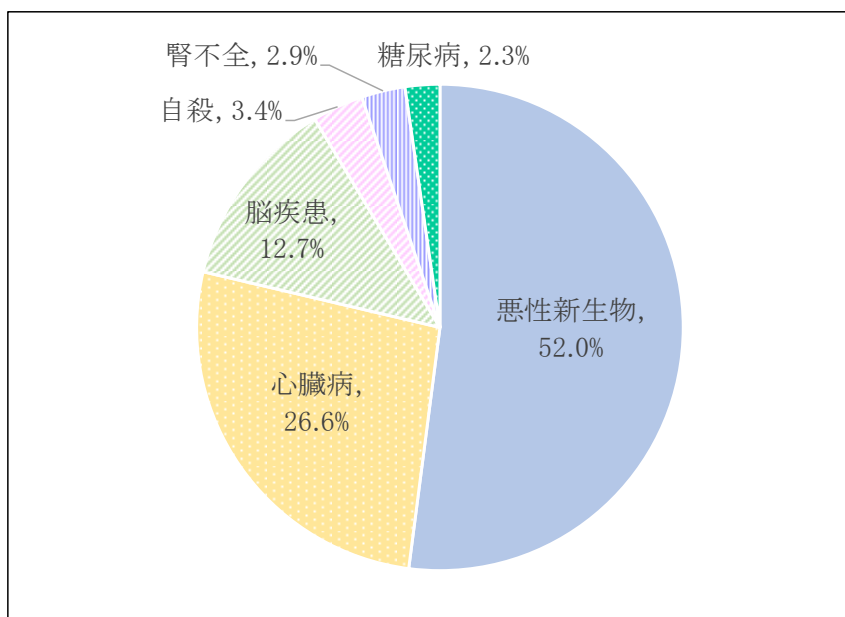
標準化死亡比: 基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。我が国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は我が国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合には死亡率が低いと判断される。

【表7】主たる死因の状況(令和4年度)

疾病項目	柏市		県	同規模	国
	人数(人)	割合(%)			
悪性新生物	1,044	52.0%	50.9%	51.2%	50.6%
心臓病	535	26.6%	27.8%	27.3%	27.5%
脳疾患	256	12.7%	13.1%	13.3%	13.8%
自殺	68	3.4%	3.0%	2.8%	2.7%
腎不全	58	2.9%	3.1%	3.5%	3.6%
糖尿病	47	2.3%	2.1%	1.9%	1.9%
合計	2,008				

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

【図9】主たる死因の割合(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

平成30年度から令和4年度における、死亡の状況を見ると、男女ともに令和4年度の死亡比は平成30年度より低くなっており、全ての年度で県・同規模・国より低くなっています。(表8)

【表8】年度・男女別 標準化死亡比

区分	男性					女性				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
柏市	90.7	90.7	90.7	89.5	89.5	94.7	94.7	94.7	93.5	93.5
県	97.0	97.0	97.0	97.4	97.4	101.6	101.6	101.6	100.9	100.9
同規模	99.8	99.9	99.7	99.4	99.3	100.4	100.4	100.2	99.5	99.4
国	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

標準化死亡比：基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。我が国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は我が国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。

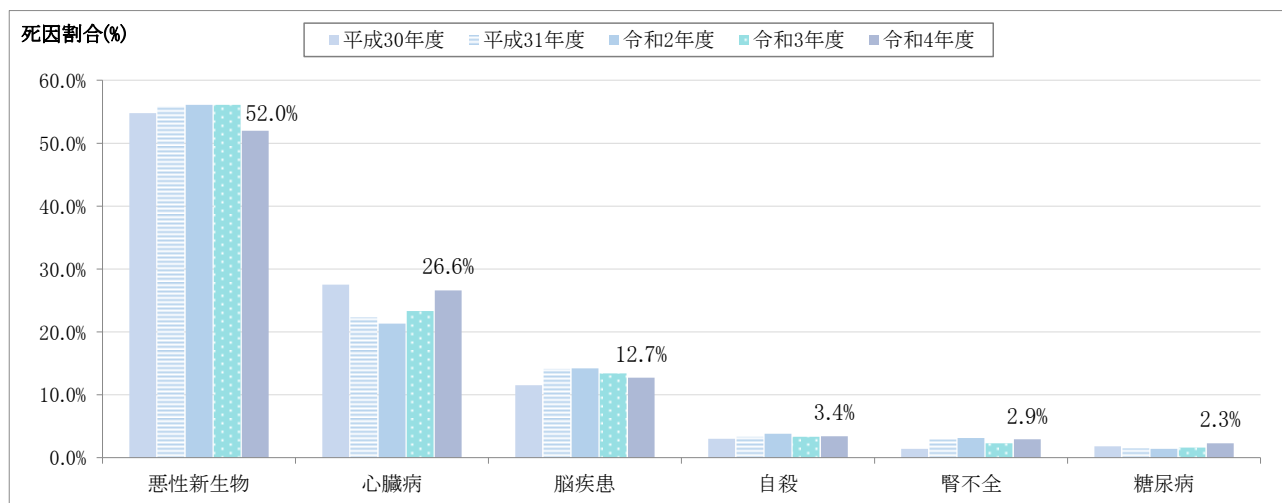
主たる死因の状況について、平成30年度と令和4年度の割合を比較すると、悪性新生物を死因とする割合は令和4年度で52.0%と2.8%減少しています。腎不全を死因とする割合は令和4年度で2.9%と1.5%増加しており、糖尿病を死因とする割合は令和4年度で2.3%と0.5%は増加しています。(表9, 図10)

【表9】年度別 主たる死因の状況

疾病項目	柏市									
	人数(人)					割合(%)				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
悪性新生物	1,041	1,137	1,037	1,092	1,044	54.8%	55.9%	56.1%	56.1%	52.0%
心臓病	523	453	393	453	535	27.5%	22.3%	21.3%	23.3%	26.6%
脳疾患	219	286	263	260	256	11.5%	14.1%	14.2%	13.4%	12.7%
自殺	57	68	71	64	68	3.0%	3.3%	3.8%	3.3%	3.4%
腎不全	27	59	58	45	58	1.4%	2.9%	3.1%	2.3%	2.9%
糖尿病	34	30	25	32	47	1.8%	1.5%	1.4%	1.6%	2.3%
合計	1,901	2,033	1,847	1,946	2,008					

出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

【図10】年度別 主たる死因の割合



出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」



# 第3章 過去の取り組みの考察

## 1. 第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)全体の評価

以下は、第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)全般に係る評価として、全体目標及びその達成状況について示したものです。

全体目標	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を踏まえ、健診結果やレセプト等の健康・医療情報を活用した効果的かつ効率的な保健事業の実施により、被保険者の健康の保持増進及び医療費の適正化を図るために策定する。
------	---

健康課題	目標	評価指標	計画策定時実績 2016年度 (H28)
<b>【健康課題 1】</b> 40歳台・50歳台の特定健康診査未受診者が多い	中長期目標 特定健康診査の受診率を向上させる	特定健康診査受診率	42.3%
	短期目標 特定健康診査の受診率を向上させる (40歳から59歳まで)	①特定健康診査受診率(40歳から59歳) 男性	①18.8%
		②特定健康診査受診率(40歳から59歳) 女性	②28.5%
		③特定健康診査受診率(40歳から59歳) 男性 2年連続受診率	③11.7%
		④特定健康診査受診率(40歳から59歳) 女性 2年連続受診率	④18.4%
		⑤18歳から39歳までの健康診査の受診率 申込者に対する受診率	⑤66.0%
⑥18歳から39歳までの健康診査の受診率 対象者に対する受診率	⑥0.82%		
<b>【健康課題 2】</b> 特定保健指導の実施率が低く、メタボリックシンドローム該当者が増加傾向	中長期目標 特定保健指導の実施率が向上し、メタボリックシンドローム該当者率が減少する	特定保健指導実施率(全体)	21.4%

実績		評価・考察 (成功・未達要因)
中間評価時点 2019年度(R1) ※()は年度目標値	現状値 2022年度(R4) ※()は年度目標値	
46.8%(43.2%)	44.2%(47.5%)	評価：やや達成 第2期計画のベースラインを超える受診率であったが、中間評価時、令和元年度受診率が大幅に上昇したことを鑑み、目標値を上方修正。令和2年度から新型コロナウイルス感染症の感染拡大により受診率が伸び悩んだ。令和2年度(42.3%)に対し、令和4年度(44.2%)と、少しずつ受診率を盛り返したが、目標値まで達成せず、ベースラインは越えたが、目標値未達成。
①21.0%(21.1%)	①21.5%(23.2%)	①未達成ではあるが、年々上昇している。40歳台、50歳台に特化した受診勧奨通知の工夫等が効果があった要因ではないか。
②32.7%(29.7%)	②31.7%(34.4%)	②未達成ではあるが、ベースラインは越えている。おおむね30%台をキープしている。(令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響)
③13.5%(12.6%)	③15.3%(14.6%)	③達成→①と同様
④22.6%(19.3%)	④24.1%(24.4%)	④未達成→新型コロナウイルス感染症の影響で令和2,3年度と減少したが、令和4年度は持ち直し目標に近い受診率まで回復した。男性同様、40歳台、50歳台に特化した受診勧奨通知の工夫を行った。
⑤66.1%(69.0%)	⑤53.4%(72.0%)	⑤未達成→申し込みしやすいように受診勧奨はがきに電子申請可能なQRコードを掲載し、申込者数が増えたため。
⑥1.91%(1.12%)	⑥2.48%(1.42%)	⑥達成→電子申請を導入し利用しやすい環境整備をしたため、受診率が向上した。 ※令和3年度から「プレ特定健康診査」を開始し、中間評価から「18歳から39歳までの健康診査」を「18歳から38歳までの健康診査」に変更するとともに、評価に「プレ特定健康診査」を増やしている。
26.7%(24.1%)	23.4%(26.8%)	評価：未達成 令和元年度の中間評価までは保健指導率は上昇していたが、令和2年度は新型コロナウイルス感染症により対面での面談が困難になり、令和3年度も緊急事態宣言等で外出自粛となったため、面談を行いにくい状況が影響し、保健指導率は低下した。ZOOMによる遠隔面談、保健指導予約に電子申請を導入するなど工夫に努めたが、目標値までの回復はできなかった。

健康課題	目標	評価指標	計画策定時実績 2016年度 (H28)
<p><b>【健康課題 2】</b></p> <p>特定保健指導の実施率が低く、メタボリックシンドローム該当者が増加傾向</p>	<p>短期目標</p> <p>特定保健指導の実施率を向上させる、メタボリックシンドロームの割合を減少させる</p>	①男性のメタボリックシンドロームの割合該当者	①26.1%
		②男性のメタボリックシンドロームの割合予備群	②17.4%
		③女性のメタボリックシンドロームの割合該当者	③7.8%
		④女性のメタボリックシンドロームの割合予備群	④6.1%
		⑤特定保健指導実施率【積極的支援】利用率	⑤17.5%
		⑥特定保健指導実施率【積極的支援】実施率	⑥12.4%
		⑦特定保健指導実施率【動機付け支援】利用率	⑦23.6%
		⑧特定保健指導実施率【動機付け支援】実施率	⑧23.6%
<p><b>【健康課題 3】</b></p> <p>高血圧症及び糖尿病の発症及び重症化予防</p>	<p>中長期目標</p> <p>生活習慣病リスク保因者の割合を減少させる、糖尿病性腎症による人工透析患者数を減少させる</p>	①高血圧 受診勧奨値以上の割合	①47.5%
		②高血圧 保健指導値の割合	②14.1%
		③糖尿病 受診勧奨値以上の割合	③10.2%
		④糖尿病 保健指導値以上の割合	④11.8%
		⑤慢性腎臓病で人工透析を行っている人の人数 人工透析対象者	⑤359人
		⑥未治療で早急な医療機関受診が必要な ハイリスク者の割合【高血圧】	⑥3.6%
		⑦未治療で早急な医療機関受診が必要な ハイリスク者の割合【高血糖】	⑦4.2%
		⑧未治療で早急な医療機関受診が必要な ハイリスク者の割合【脂質異常】	⑧4.6%
		⑨未治療で早急な医療機関受診が必要な ハイリスク者の割合【腎機能低下】	⑨2.6%
		⑩新規人工透析導入数	⑩46人

実績		評価・考察 (成功・未達要因)
中間評価時点 2019年度(R1) ※()は年度目標値	現状値 2022年度(R4) ※()は年度目標値	
①29.3%(23.0%)	①31.9%(20.0%)	<p>評価：未達成 ①～④</p> <p>中間評価時点と比較すると、男性も女性もメタボリックシンドロームの予備群、該当者ともに高く、特に該当者は目標値に3ポイント以上届かない結果だった。要因としては、メタボリックシンドロームを事前に予防するための特定保健指導が十分にできなかったこと、また社会事象として新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い外出自粛となり、運動する機会の低下、在宅太りが要因の一つと考えられる。</p>
②17.7%(15.6%)	②17.0%(14.0%)	
③9.5%(6.9%)	③10.3%(6.0%)	
④6.1%(5.5%)	④5.4%(5.0%)	
⑤17.2%(19.9%)	⑤15.0%(21.9%)	<p>評価：未達成 ⑤～⑧</p> <p>令和2年度は新型コロナウイルス感染症により対面での面談が困難になり、令和3年度も緊急事態宣言等で外出自粛となったため、面談を行いきにくい状況が影響し、保健指導率は低下した。積極的支援、動機付け支援とも利用率・実施率ともに目標値に達しなかった。積極的支援レベル対象者には達成度別にポイントを付加したインセンティブ事業を導入したり、電子申請やZOOMを活用した環境整備を行ったが、受診率向上には結びつかなかった。</p>
⑥12.9%(14.0%)	⑥13.1%(15.6%)	
⑦30.0%(26.5%)	⑦26.6%(29.5%)	
⑧30.0%(26.5%)	⑧26.5%(29.5%)	
①48.1%(47.0%)	①51.6%(46.6%)	<p>評価：やや達成 高血圧は予備群は目標を達成したが、該当者は目標値を3ポイント以上下回る結果であった。</p>
②14.1%(13.7%)	②13.1%(13.2%)	
③12.3%(9.9%)	③13.2%(9.5%)	<p>評価：達成 糖尿病は予備群、該当者とも目標値を下回る結果となった。</p>
④14.7%(11.05%)	④15.2%(10.3%)	
⑤310人(356人)	⑤305人(353人)	<p>評価：やや達成 未治療で早急な医療機関の受診が必要なハイリスク者の割合は、脂質異常以外は目標値を下回る結果となったが、令和3年度の結果と令和4年度の結果を比較すると改善している。</p>
⑥5.2%(3.45%)	⑥3.7%(3.3%)	
⑦4.6%(4.05%)	⑦4.4%(3.9%)	
⑧4.7%(4.45%)	⑧3.9%(4.3%)	
⑨2.7%(2.45%)	⑨2.4%(2.3%)	
⑩40人(43人)	⑩54人(40人)	

健康課題	目標	評価指標	計画策定時実績 2016年度 (H28)
<b>【健康課題 4】</b> 生活習慣病に 関する医療費の増加	中長期目標 医療費を減少させる, ジェネリック医薬品の普及率を向上させる, 適切な受診行動を促す, 地域包括ケアシステムを促進する	①生活習慣病患者の医療費の変化 (健診受診者と未受診者の比較) 健診受診者	①340, 085円
		②生活習慣病患者の医療費の変化 (健診受診者と未受診者の比較) 健診未受診者	②661, 823円
		③ジェネリック医薬品普及率 使用割合 (数量シェア)	③68. 5%
	短期目標 ジェネリック医薬品の普及率を向上させる, 適切な受診行動を促す, 地域包括ケアシステムを促進する	④重複頻回受診者の人数 重複受診者	④528人
		⑤重複頻回受診者の人数 頻回受診者	⑤923人
		⑥ロコモティブシンドローム予防事業 自主活動参加者数	⑥559人



実績		評価・考察 (成功・未達要因)
中間評価時点 2019年度(R1) ※()は年度目標値	現状値 2022年度(R4) ※()は年度目標値	
①348,937円 (340,000円)	①341,798円	評価：やや達成 医療費については、生活習慣病患者のうち、健康診査受診者・未受診者ともに1人あたりの医療費は、中間評価時よりやや減少した。 健康診査の受診率をあげることにより、医療費の増加抑制にも繋がることはいえる。
②717,788円 (660,000円)	②704,380円	
③78.2%(-)	③80.7%	評価：達成 目標値を達成した。国の目標値も達成し効果が出ている。第3期データヘルス計画の優先保健事業としては掲載しないが、事業は継続する。
④478人(減少)	④456人	評価：達成 重複受診者・頻回受診者ともに減少した。
⑤645人(減少)	⑤541人	
⑥1,239人	⑥ロコモティブ シンドローム予 防事業は 令和2年度で終了 中間評価で 記載済み	⑥ロコモティブシンドローム予防事業については、自主活動グループの増加に伴い、教室は令和元年度で終了。 自主グループ支援は高齢者部門で継続して実施。

## 2. 各事業の達成状況

以下は、第2期データヘルス計画に基づき実施した各事業についての達成状況を示したものです。全15事業のうち、目標達成している事業は8事業(a評価)です。

健康課題	事業名	実施年度	事業目的	実施内容
<b>【健康課題 1】</b> 40歳台・50歳台の 特定健康診査未受 診者が多い	受診勧奨事業	2016年度 (平成28年度) ～ 2023年度 (令和5年度)	特定健康診査未受診者に対し、当該年度の受診を促すことにより、受診率向上を図るもの。	平成27年度～平成30年度 ・ 柏市作成の受診勧奨通知発送  令和元年度～令和3年度 ・ 人工知能(AI)を用いた受診勧奨通知発送  令和4年度～ ・ IT技術を用いた受診勧奨通知発送
	特定健康診査以外の健診結果データの取受	2016年度 (平成28年度) ～ 2023年度 (令和5年度)	柏市特定健康診査の受診方法以外で特定健康診査相当の健康診査を受診した場合、その健康診査結果を取受することで特定健康診査を受診したとみなし、受診率の向上を図るもの。	平成27年度～毎年実施 事業者健診実施状況の把握 ・ 結果受領の協力依頼 ・ 事業者の新規開拓
	18歳から39歳までの健康診査事業の周知強化	2016年度 (平成28年度) ～ 2023年度 (令和5年度)	将来的な特定健康診査受診率の向上を図るため、特定健康診査の対象とならない40歳未満の被保険者に対し、健康診査の機会を設けることで、健康診査受診の習慣化と生活習慣病に対する意識付けを行うもの。	平成27年度～毎年実施 ・ 広報、ホームページ、X(旧ツイッター)等への掲載 ・ 特定健康診査受診案内に合わせて掲載
	プレ特定健康診査	2021年度 (令和3年度) ～ 2023年度 (令和5年度)	目的は18歳から39歳までの健康診査と同様。39歳の受診率を向上させることで、柏市の課題である40歳台の特定健康診査の受診率向上を目指す。	令和3年度から開始の新規事業 (毎年実施) ・ 満39歳になる者を対象に受診券を一斉送付する。 ・ 特定健康診査の実施基準に基づき、健康診査を実施する。 (該当者には心電図および眼底検査も行う) ・ 該当者には保健指導および受診勧奨を実施する。

a : 改善している  
 a\* : 「a : 改善している」が、  
 現状のままでは最終評価までに  
 目標達成が危ぶまれるもの  
 b : 変わらない  
 c : 悪化している  
 d : 評価困難

アウトプット…実施量, 実施率を評価 / アウトカム…事業の成果を評価

評価指標 (上段: アウトプット, 下段: アウトカム)	計画策定時実績 2016年度 (H28)	目標値 2023年度 (R5)	達成状況 2022年度 (R4)	評価
1: 受診勧奨はがき 送付数	26, 859	—	毎年評価を行い対象者の見直しを行っているため通知数の増減では評価できない。要件にあった対象者は全件抽出し, 100%送付できている。	
1: 受診勧奨はがき 送付者の受診率 2: 特定健康診査全体の 健診受診率	1: 10.0%	1: 30.0%	令和元年度より令和3年度まで「人工知能(AI)」, 令和4年度は健診・レセプト分析を行う「IT」を活用した受診勧奨事業を実施し, 行動変容を起こしやすい個別性に合わせた勧奨資材を送ることで, 受診行動につながり, 効果的かつ受診率向上につながることができた。 その後も, 新型コロナウイルス感染症の感染拡大による受診控えはあったものの「受診控えしない」「重症化予防には早期発見」などのキーワードを工夫する等して, 受診率を盛り返すことができた。	a*
1: 健診結果受領に 関わる機関数	1: 16機関	1: 20機関	新型コロナウイルス感染症の影響で健診実施方法が縮小・変更になった機関も多く, 受療機関数が減少し, また新たな受療機関の獲得もできなかった。継続してデータ提供をしてくれる機関については, 説明から受領まで適切に実施でき, データ数としては多くの協力をもらっている。またデータ提供に関するインセンティブ事業を令和2年から実施し一定の効果を得ている。	a*
1: 他健診受領数 2: 特定健康診査全体の 受診率	1: 786件	1: 増加	上記理由により他健診受領数は減少し, 新規開拓もできなかったが, 他健診データ受領は特定健康診査受診率に大きく寄与している。	
1: 18歳から39歳までの 健康診査申込数	1: 237	—	周知, 実施方法の工夫を行い申込者数は増加した。具体的には, 受診勧奨通知の通知時期や通知数, 申請書の改善, 申請方法に電子申請を追加する等。	
1: 18歳から39歳までの 健康診査受診率 (年齢別・性別) 2: 18歳から39歳までの 健康診査受診者数 (年齢別・性別)	1: 66.0% 2: 160人	1: 73.0% 2: 増加	受診者数は増加しているが, それを上回る申し込みがあったため, 母数が大きくなり, 結果として受診率は目標に届かなかった。健康診査に目が向いていない若年層は受診率の獲得や定着が難しく, 毎年評価, 見直しを繰り返してきたことが効果的であり, 一定数の受診率の獲得, また申請者数の増加につながっていると評価する。	a
1: プレ特定健康診査の 受診率	—	1: 17.0%	中間評価後に始めた新規事業である(令和3年度開始)。特定健康診査協力医療機関から協力を得て, 円滑に健診を実施できたことを評価。本事業は同様に実施している若年層の健診(18歳から38歳までの健康診査)と比較し, 申請の手間を省き, 簡便に健診を受けられるよう整えることができた。受診率は目標に届かなかったが, 翌年の特定健康診査の受診率に寄与できる事業として継続して実施する。	-

健康課題	事業名	実施年度	事業目的	実施内容
<p>【健康課題 2】</p>	<p>特定保健指導 利用勧奨事業</p>	<p>2016年度 (平成28年度) ～ 2023年度 (令和5年度)</p>	<p>特定保健指導対象者 に対し、利用勧奨をす ることで、特定保健指 導の実施率向上を図 る。</p>	<p>平成27年度～毎年実施 ・保健指導利用勧奨通知の送付</p>
<p>特定保健指導の実 施率が低く、メタ ボリックシンド ローム該当者が増 加傾向</p>	<p>特定保健指導 研修会</p>	<p>2016年度 (平成28年度) ～ 2023年度 (令和5年度)</p>	<p>標準的な健康診査・ 保健指導プログラム に準じ、特定保健指導 実施者に必要な研修 を定期的実施する ことで、保健指導従事 者のスキルアップに 努め、質の高い保健指 導を提供するととも に、特定保健指導の脱 落率の低下を図る。</p>	<p>平成27年度～年1回研修会を実施 【研修テーマ】 ・平成27年度 禁煙 ・平成28年度 慢性腎臓病 ・平成29年度 CKDにおけるかかりつ け医と腎専門の連携 ・平成30年度 特定健康診査から腎 専門基幹病院の受診 状況について ・令和元年度 Non-HDLコレステロー ル ・令和2年度 糖尿病性腎症重症化予 防について ・令和3年度 糖尿病性腎症重症化予 防について ・令和4年度 慢性腎臓病(CKD)の診 療と検査について ・令和5年度 未実施(県主催のレベ ル別研修会へ参加)</p>
<p>【健康課題 3】</p> <p>高血圧症及び 糖尿病の発症及び 重症化予防</p>	<p>専門医による 健康講座</p>	<p>2016年度 (平成28年度) ～ 2023年度 (令和5年度)</p>	<p>専門医による健康講 座を開催し、疾病に対 する理解を深めると ともに、未治療者等 のハイリスク者に受療 勧奨を行うことによ り、生活習慣病(高血 圧、糖尿病等)の重症 化予防を図る。</p>	<p>平成27年度～年1回柏市健康講座を 実施 【研修テーマ】 ・平成27年度 糖尿病は早期治療で重 症化予防 ・平成28年度 大切にしようあなたの 腎臓 ・平成29年度 大切にしようあなたの 腎臓 ・平成30年度 あなた知ってもらいた いカラダのお話 ・令和元年度 心臓と血管を守る ・令和2年度 糖尿病の合併症予防と 感染症 ・令和3年度 未実施(新型コロナ ウィルス感染拡大予防 のため) ・令和4年度 日本人の13%は慢性 腎臓病という現実！あ なたは大丈夫ですか ・令和5年度 Dr. イトーのゆるラク 健・康・術</p>

評価指標 (上段：アウトプット、 下段：アウトカム)	計画策定時実績 2016年度(H28)	目標値 2023年度(R5)	達成状況 2022年度(R4)	評価
1：はがき送付者数 2：電話がつながり、 利用勧奨できた人数 (積極的支援・動機 づけ支援)	—	—	対象者全員に利用勧奨通知および利用勧奨電話を行うことができた。また委託先が保健指導できなかった対象者に対しても、きめ細やかに直営(市)で拾い上げ、再勧奨を行い保健指導につなげることで、受診率向上に寄与することができた。	
1：特定保健指導利用率 (年齢別・性別) 2：特定保健指導実施率 (年齢別・性別)	1：積極的支援 17.5% 動機付け支援 23.6% 2：積極的支援 12.4% 動機付け支援 23.6%	1：積極的支援 22.8% 動機付け支援 30.5% 2：積極的支援 16.2% 動機付け支援 30.5%	第2期中において、通常の勧奨通知の送付、電話勧奨に加え、電子申請やZOOMなどのICTを活用した保健指導の実施や訪問による保健指導、インセンティブ事業の導入など、毎年試行錯誤しながら取り組んできたが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、外出自粛する傾向があったため、保健指導が実施できず、実施率、利用率ともに伸び悩んだ。	a*
1：特定保健指導 研修会出席者数	1：12	—	毎年予定通り実施することができ、ストラクチャー、プロセスとも達成している。研修会のテーマについても、特定健康診査・特定保健指導の動向を踏まえたテーマにしており、参加者の満足度も良好な結果であった。委託保健指導の場合、保健指導実施者が医師のことが多く、すでに医学的な知識を得ているため、研修会に未参加の機関が一定数生じる。	a*
1：特定保健指導脱落率 (年齢別・性別) 2：特定保健指導実施数 (年齢別・性別) 3：参加者の満足度・ 理解度	1：積極的支援 29.4% 動機付け支援 0.4%	1：積極的支援 20.0% 動機付け支援 0%	年々保健指導の脱落率は減少していたが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響で面談による保健指導の継続を望まない声が多く、令和3年度は脱落率は増加したと考える。	a*
1：通知送付数 2：専門医による健康 講座研修会出席者数 3：専門医による健康 講座研修会参加率	—	—	テーマにより対象者が異なるため、通知数は毎年異なるが、対象者全員に通知することができている。出席者数、参加率は例年1割程度であり、減少傾向。これは新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響も大きかったと考える。	a*
1：参加者の満足度・ 理解度 2：受講後に医療機関 を受診した割合	—	—	生活習慣病重症化予防に対するハイリスクアプローチは通知や電話など直接的な手法が多いため、集合形式による健康講座の実施は異なった視点でのアプローチとなり効果的であると考え。参加者の講座に対する満足度、理解度や受講後の受診行動など、アウトカム、アウトプット評価からも一定の効果がみられる。	a*

健康課題	事業名	実施年度	事業目的	実施内容
<p>【健康課題 3】</p> <p>高血圧症及び糖尿病の発症及び重症化予防</p>	<p>ハイリスク者への受診確認・受診勧奨 (受診勧奨にて医療機関につながった割合)</p>	<p>2016年度 (平成28年度) ～ 2023年度 (令和5年度)</p>	<p>健康診査結果が受診勧奨値に該当する者の医療機関での受診状況を確認し、未受診者に対し受診勧奨を行うことで医療機関につなげ重症化予防を図る。</p>	<p>平成27年度～毎年実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・健診後受診確認</li> <li>・受診勧奨通知の発送および受診勧奨電話</li> <li>・受診勧奨通知発送後の受診確認</li> </ul>
	<p>糖尿病性腎症重症化予防</p>	<p>2017年度 (平成29年度) ～ 2023年度 (令和5年度)</p>	<p>糖尿病の疑いおよび腎機能の低下で糖尿病の重症化および糖尿病性腎症の予防が必要な者に対し、国が示す「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に準じて事業を実施し重症化予防を図る。</p>	<p>平成29年度～平成30年度</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導(面接2回, 電話支援8回)のプログラムを実施</li> </ul> <p>令和元年度～令和5年度</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・国・県の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に準じたプログラムを再構築。プログラム前後の生化学検査と身体計測, 健康講座(医師, 管理栄養士, 理学療法士)と糖尿病看護認定看護師等による専門的な保健指導を組み合わせた6か月間のプログラムへ。</li> <li>・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により後期高齢者も対象者へ拡充。</li> <li>・令和5年度はフレイルチェック講座をプログラムに加えた。</li> </ul>

評価指標 (上段：アウトプット、 下段：アウトカム)	計画策定時実績 2016年度(H28)	目標値 2023年度(R5)	達成状況 2022年度(R4)	評価
1：受診勧奨通知送付数 2：受診確認の電話を行った数	—	—	ハイリスク者の抽出基準については毎年、年度最後の特定健診等保健事業検討会にて、医師会の先生にご検討いただき次年度の基準について確認作業を行うことができたため、年度初めから事業の準備を行い、滞りなく通知発送、レセプト確認作業を行うことができた。	
1：医療機関受診率 ㊦【糖代謝異常・腎機能低下】(%) 糖尿病及び腎障害が強く疑われる者 ㊧【糖代謝異常・腎機能低下】(%) 糖尿病が強く疑われ早急な受診が必要と考えられる者 ㊨【高血圧】(%) 高血圧分類において、Ⅲ度(重症)高血圧に該当する者 ㊩【腎機能低下が疑われる者】(%) 腎機能低下(慢性腎臓病)が疑われる者 ㊪【糖代謝異常】(%) 糖尿病が強く疑われる者 ㊫【高血圧・脂質異常】(%) 血圧、脂質共に高く、動脈硬化のリスクが高いと考えられる者	1： ㊦66.7% ㊧77.8% ㊨64.2% ㊩61.7% ㊪85.8% ㊫46.9%	1： ㊦80.0% ㊧80.0% ㊨80.3% ㊩80.0% ㊪91.8% ㊫50.0%	ハイリスク者の受療勧奨事業については、「高血圧かつ脂質異常」の区分以外は目標達成に至らなかった。生活習慣病は自覚症状が少なく、また働き盛りの世代は健診で健康状態を確認するにとどまり、受診行動へ移しにくい傾向がある。本事業は次年度も継続するが、生活習慣病は無自覚のまま気づけば重症化するという事実をきちんと伝えられる通知等の工夫が必要である。	a*
1：糖尿病性腎症重症化予防事業通知送付数	—	—	通知数に増減はあるが、対象者全員に送付することができた。	
1：糖尿病性腎症重症化予防事業の参加者数・参加率 2：参加者のプログラム参加率 3：参加者の満足度・理解度 4：服薬開始率 5：翌年の治療継続率 6：翌年度の健診結果の改善率(リスク因子の値の変化)	—	1：参加者増加	平成29年度に国の方針が示され、事業開始し、令和元年に事業形態を大幅見直し、令和2年には新型コロナウイルス感染症対策を施した事業展開など、見直しを繰り返し実施した。適宜、医師会を中心とする各関係機関と丁寧に打ち合わせを行い、事業成功に導けたと考える。糖尿病の未治療者を対象としているため対象者に増減があり、参加者は増加しなかったが、参加率は9割を超えており、効果的であったと評価する。	a



健康課題	事業名	実施年度	事業目的	実施内容
<p>【健康課題 3】</p> <p>高血圧症及び糖尿病の発症及び重症化予防</p>	<p>柏市CKD (慢性腎臓病) 医療連携システム</p>	<p>2017年度 (平成29年度) ～ 2023年度 (令和5年度)</p>	<p>特定健康診査の結果、CKD(慢性腎臓病)が疑われる者に対し、かかりつけ医と腎専門医の連携のもと、適切な医療につなげ、重症化予防を図る。</p>	<p>平成29年度より開始</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健康診査の結果から腎臓専門医(基幹病院)への円滑な受診についてシステム化</li> </ul> <p>令和3年度</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>より円滑なシステムの利用を目指し、かかりつけ医向けに「CKD医療連携システムの手引き」を作成。</li> </ul>
<p>【健康課題 4】</p>	<p>ジェネリック医薬品普及促進事業</p>	<p>2016年度 (平成28年度) ～ 2023年度 (令和5年度)</p>	<p>ジェネリックの医薬品の利用を推進することにより、医療費の適正化を図る。</p>	<p>令和元年度</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ジェネリック医薬品差額通知の送付(年4回)</li> <li>ジェネリック医薬品希望シールの作成及び全戸配布</li> <li>ジェネリック医薬品普及啓発リーフレットの窓口配布(限度額適用認定証交付申請者)</li> <li>普及促進手法の調査研究</li> </ul>
<p>生活習慣病に関する医療費の増加</p>	<p>重複頻回受診者適正化事業</p>	<p>2016年度 (平成28年度) ～ 2023年度 (令和5年度)</p>	<p>重複受診や頻回受診といった不適切な受診行動を行っている者に対し、適正な受診行動を促すための保健指導や、医療・保健・福祉サービス等の情報を提供することにより、健康の保持増進につなげ、医療費の適正化を図る。</p>	<p>平成29年度～令和5年度</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>不適切な受診行動(重複受診・頻回受診)を行っている者に対し、適正な受診行動を促すよう訪問等による保健指導を実施</li> </ul>



評価指標 (上段：アウトプット, 下段：アウトカム)	計画策定時実績 2016年度(H28)	目標値 2023年度(R5)	達成状況 2022年度(R4)	評価
1： 柏市CKD医療連携 システム対象者数	—	1： 減少	対象者数は減少しており、目標を達成した。	a
1： 医療機関受診率	—	1： 増加	翌年の治療継続率等をアウトカム評価に設定しているが、個人情報の観点から対象者を把握していないため、評価未実施。また、対象者の中にはすでにかかりつけ医で治療中であったり、システムを利用せず腎臓専門医を受診しているケースもあるため、一定数の利用があれば評価できると判断する。対象者が減少する一方で基幹病院受診者数は増加していることから、システムの稼働については一定の評価ができると考える。	
1： 医療費適正化事業 (ジェネリック医薬 品切り替え取り組 み)通知送付数	—	—	差額通知を滞りなく発送することができた。	a
1： 医療費適正化事業 (ジェネリック医薬 品切り替え取り組 み)数量シェア 2： 医療費の削減状況	1： 68.5% 2： —	—	ジェネリック医薬品使用割合は国の目標値を達成し、効果が出ている。	
1： 受診行動適正化事業 (重複頻回受診) 通知送付数	—	—	平成28年度に医療費分析を行い、平成29年度から実施した。 第2期策定時は通知によるアプローチを検討されていたが、専門職による訪問事業として実施したため通知送付数は評価しない。 訪問支援事業では、直接訪問指導を行っても、自身の考え方を持っていたり、通院することで安心感を得ているケースも多く、なかなか行動変容に結び付けることができなかった。	a
2： 受診行動適正化事業 (重複頻回受診) 該当者数	2： ㊦重複受診 528人 (実人数) 772人 (延べ人数)	2： ㊦重複受診 減少 ㊧頻回受診 減少		
3： 改善率	㊧頻回受診 923人 (実人数) 2,400人 (延べ人数)	3： ㊦重複受診 改善 ㊧頻回受診 改善		
4： 重複受診訪問対象者 人数	※医療費分析の 結果のみで、事 業実績なし	4： 減少		
5： 重複受診訪問実施率		5： 100%		
6： 頻回受診訪問対象者 人数		6： 0人		
7： 頻回受診訪問実施率		7： 100%		

健康課題	事業名	実施年度	事業目的	実施内容
<p>【健康課題 4】</p> <p>生活習慣病に関する医療費の増加</p>	<p>生活習慣病治療中断者受診勧奨事業</p>	<p>2019年度 (令和元年度) ～ 2023年度 (令和5年度)</p>	<p>生活習慣病に該当しているが、定期的な受診を自己の判断によりやめてしまった中断者に対し、適正な受診行動および保健指導を行うことで、医療費の削減を図る。</p>	<p>令和元年度から開始の新規事業 生活習慣病治療中断が疑われる者に対し受診勧奨通知を発送</p> <p>【対象者】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>令和元年度 糖尿病</li> <li>令和2年度 糖尿病, 高血圧</li> <li>令和3年度 糖尿病</li> </ul> <p>(過去5年間の治療中断者まで対象者を拡大)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>令和4年度～ 令和3年度を基本として実施</li> </ul>
	<p>ロコモティブシンドローム予防事業</p>	<p>2016年度 (平成28年度) ～ 2020年度 (令和2年度)</p>	<p>高齢期のロコモティブシンドロームについて理解し、要介護状態に陥らずに高齢者が地域でいきいきと生活できるよう、ロコモティブシンドローム予防に取り組める環境づくりを進めることにより、介護予防の推進を図るもの</p>	<p>近隣センターまたはふるさと会館等において、ロコモティブシンドロームの理解と予防に関する座学と実技を実施する(月2回, 計10回)。 教室終了後も地域ぐるみでロコモ予防に取り組めるよう自主グループ支援を実施する。</p>
	<p>地域包括ケアシステムの促進</p>	<p>2016年度 (平成28年度) ～ 2023年度 (令和5年度)</p>	<p>地域包括ケアシステムを構築することにより、特定健康診査の実施及び生活習慣病の早期発見・早期治療を推進し、将来的な生活習慣病の発症・重症化予防を図るとともに、介護予防の推進を図る。</p>	<p>令和元年度</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療・介護・保険・福祉等部局横断的な議論の場へ国保部局として参画</li> <li>地域包括ケアに資する地域ネットワーク、柏フレイル予防プロジェクトや柏市在宅医療、介護多職種連携協議会等、関係団体及び部署との連携</li> </ul>

評価指標 (上段：アウトプット， 下段：アウトカム)	計画策定時実績 2016年度(H28)	目標値 2023年度(R5)	達成状況 2022年度(R4)	評価
1：受診行動適正化事業 (生活習慣病治療中 断者) 通知送付数	—	—	令和元年度から開始した事業であり、実施計画・評価を特定健診等保健事業検討会で図り、抽出要件を見直ししながら、翌年見直しを行うことを繰り返し、令和3年度に現在の抽出要件に確定した。そのため通知数や改善率に乱れがある。対象者には全員送付することができた。	
1：受診行動適正化事業 (生活習慣病治療 中断者) 該当者数 2：生活習慣病に関する レセプトがある者の 割合	—	1： 減少  2： 改善	令和3年度から糖尿病に絞り、KDBで抽出できる最大人数を抽出し、多くの中断者に通知することができた。治療中断による重症化を伝えるリーフレットや通知の工夫を行い、改善率は年々上昇した。	a
1：ロコモティブシン ドローム予防事業参 加申し込み数	—	—	他の事業と連動して事業周知等を行ったが、新型コロナウイルス感染症の影響により講座への参加希望者が減少した。	
1：ロコモティブシン ドローム予防事業の 参加者数 2：参加者のプログラ ム参加率 3：自主活動参加者数	1： 27人  2： —  3： 559人	1： 10人  2： —  3： —	主管課と連携し、希望者は全員事業へ参加することができた。ロコモティブシンδροーム予防事業については、自主活動グループの増加に伴い、教室は令和元年度で終了。自主グループ支援は高齢者部門で継続して実施。	a
会議への参加	—	—	会議に出席し、関係機関との連携および庁内の横連携を図った。	
連携した関係部署の 増加	—	—	会議に出席し、関係機関との連携および庁内の横連携を図った。	a

### 3. 各事業の実施内容と評価

#### 受診勧奨事業

事業全体の評価：a\*

事業目的	特定健康診査未受診者に対し、当該年度の受診を促すことにより、受診率向上を図るもの
対象者	前年度特定健康診査未受診者で、生活習慣病で医療機関受診中の者、40歳台・50歳台で過去に特定健康診査受診歴のある者、健診及び医療機関受診歴のない者等、年代や健診受診状況に応じて3～4タイプに区分する。
事業実施年度	2016年度(平成28年度)～2023年度(令和5年度)
実施内容	前年度特定健康診査未受診者に対し、対象者の年代、健診受診及び医療機関受診状況を踏まえ、対象者の特性に応じたタイプ別受診勧奨通知を作成し送付する。また、受診勧奨の結果、特定健康診査受診につながったかの効果検証を行う。

#### 【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：受診勧奨はがき送付数(評価指標)

アウトプット…実施量, 実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	26,859	29,007	15,765	48,300	81,610	11,117	34,832	—

アウトカム：受診勧奨はがき送付者の受診率(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	10.5%	11.0%	11.5%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%
達成状況	10.0%	11.2%	18.7%	36.1%	26.6%	27.0%	21.6%	—

アウトカム：特定健康診査全体の健診受診率(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	42.6%	42.9%	43.2%	46.8%	47.0%	47.5%	48.0%
達成状況	42.3%	42.4%	42.5%	46.8%	42.3%	43.9%	44.2%	—

#### 【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

令和元年度より委託し、事業を展開している。未受診者に単純に勧奨通知を送るのではなく、未受診者を抽出後、レセプトや受診行動を分析し、セグメント分けをし、多種類の受診勧奨通知を特性に合わせ通知することができた。実施時期も工夫し、3年連続未経験者には健診開始直後に知らせるように通知をしたり、受診行動につながらない層には年度の健診終了間際に「健診が終わることを知らせる」ような通知を送付するなど、前年度を評価し、年々工夫を施して実施することができた。

<p><b>考察</b> (成功・未達要因)</p>	<p>令和元年度より「人工知能(AI)」,令和4年度は健診・レセプト分析を行う「IT」を活用した受診勧奨事業を実施し,行動変容を起こしやすい個別性に合わせた勧奨資材を送ることで,受診行動につながり,効果的かつ受診率向上につなげることができた。</p> <p>その後も,新型コロナウイルス感染症の感染拡大による受診控えはあったものの「受診控えしない」「重症化予防には早期発見」などのキーワードを工夫する等して,受診率を盛り返すことができた。</p>
<p><b>今後の方向性</b></p>	<p>受診率向上は特定健康診査の最大の目標であり,受診勧奨事業は欠かせないため,第3期計画でも引き続き事業を継続する。手法については現在実施しているIT技術を用いたレセプト分析などを取り入れた対象者の分析を行うとともに,受診券再発行の電子申請等,利用のしやすい健診環境の整備やその周知を加え,受診率向上を目指したい。</p>

## 特定健康診査以外の健診結果データの収受

事業全体の評価：a\*

事業目的	柏市特定健康診査の受診方法以外で特定健康診査相当の健康診査を受診した場合、その健康診査結果を収受することで特定健康診査を受診したとみなし、受診率の向上を図るもの。
対象者	事業所健診や個人による健診を受診し、健診結果提供が可能な者
事業実施年度	2016年度(平成28年度)～2023年度(令和5年度)
実施内容	<p>特定健康診査相当の健診を実施している機関から、本人の承諾を得て健診結果を受領する。現在、健診結果の提供機関は、JA、柏商工会議所、沼南商工会、青色申告会、消防団、介護施設、社会福祉協議会等であり、自己負担額に応じて受診費用の助成を実施する。</p> <p>また、個人で受診した健診結果を受領し、特定健康診査の検査項目を含む場合は、費用助成をすることで、継続受診の促進を図る。</p> <p>なお、受領した健診結果に応じて特定保健指導を実施する。</p>

### 【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：健診結果受領に関わる機関数(評価指標)

アウトプット…実施量, 実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	18	—	—	20
達成状況	16	16	16	14	10	11	11	—

アウトカム：他健診受領数(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	増加	増加	増加	増加	増加	増加	増加
達成状況	786	671	650	731	625	639	665	—

アウトカム：特定健康診査全体の受診率(評価指標)

↓中間評価で目標値修正

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	42.6%	42.9%	43.2%	46.8%	47.0%	47.5%	48.0%
達成状況	42.3%	42.4%	42.5%	46.8%	42.3%	43.9%	44.2%	—

### 【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

受領機関数は未達成であったが、目標値を超えるデータの収受が出来、事業全体としては効果的であった。

<p><b>考察</b> (成功・未達要因)</p>	<p>新型コロナウイルス感染症の影響で健診実施方法が縮小・変更になった機関も多く、受領機関数が減少し、また新たな受領機関の獲得もできなかった。継続してデータ提供をしてくれる機関については、説明から受領まで適切に実施でき、データ数としては多くの協力をもらえている。またデータ提供に関するインセンティブ事業を令和2年度から実施し一定の効果を得ている。</p>
<p><b>今後の 方向性</b></p>	<p>事業の効果があるため、第3期計画も継続する。</p>

## 18歳から39歳までの健康診査事業の周知強化

事業全体の評価：a

事業目的	将来的な特定健康診査受診率の向上を図るため、特定健康診査の対象とならない40歳未満の被保険者に対し、健康診査の機会を設けることで、健康診査受診の習慣化と生活習慣病に対する意識付けを行うもの。
対象者	18歳から39歳までの被保険者 ⇒ 令和3年度より18歳から38歳までの被保険者
事業実施年度	2016年度(平成28年度)～2023年度(令和5年度)
実施内容	保健事業利用券(1枚 1,000円相当を年間8枚交付)を活用し、指定医療機関で特定健康診査必須項目と同様の健診を実施する。広報、ホームページ、X(旧ツイッター)等で周知することに加え、対象者の受診状況や年齢を考慮し、効果的な受診勧奨通知を送付する。※令和3年度より「18歳から38歳までの健康診査事業」へ名称変更

### 【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：18歳から39歳までの健診申込数(評価指標)

アウトプット…実施量, 実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	237	218	479	469	593	506	648	—

アウトカム：18歳から39歳までの健診受診率(年齢別・性別)(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	67.0%	68.0%	69.0%	70.0%	71.0%	72.0%	73.0%
達成状況	66.0%	63.3%	60.8%	66.1%	53.1%	58.3%	53.4%	—

アウトカム：18歳から39歳までの健診受診者数(年齢別・性別)(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	増加	増加	増加	増加	増加	増加	増加
達成状況	160	138	216	310	315	295	346	—

### 【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

特定健康診査実施協力医療機関に同健診も委託しており、毎年協力を得て実施することができた。実施の過程については、受診勧奨通知の通知時期や通知数、申請書の改善、申請方法に電子申請を追加(令和4年度)する等の工夫を毎年行い、結果として、申請者数、受診者数の獲得につながっていると評価する。



<p><b>考察</b> (成功・未達要因)</p>	<p>健康診査に目が向いていない若年層は受診率の獲得や定着が難しく、毎年評価、見直しを繰り返してきた。その効果があり、一定数の受診率の獲得、また申請者数の増加につながっていると評価する。</p>
<p><b>今後の 方向性</b></p>	<p>若年層の健診の習慣化、生活習慣病の早期発見、早期治療は重要であり、また40歳から始まる特定健康診査につながるため、第3期計画でも引き続き実施する。</p>

## プレ特定健康診査

事業全体の評価：a\*

事業目的	将来的な特定健康診査受診率の向上を図るため、特定健康診査の対象とならない39歳の被保険者に対し、健康診査の機会を設けることで、健康診査受診の習慣化と生活習慣病に対する意識付けを行うもの。39歳の受診率を向上させることで、40歳台の特定健康診査の受診率向上を目指す。
対象者	年度末年齢39歳の者
事業実施年度	2021年度(令和3年度)～2023年度(令和5年度)
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>令和3年度より開始</li> <li>該当年度中に満39歳になる者を対象に受診券を一斉送付する。</li> <li>特定健康診査の実施基準に基づき、健康診査を実施する。(該当者には心電図および眼底検査も行う)</li> <li>該当者には保健指導および受診勧奨を実施する。</li> <li>自己負担あり(1,400円)</li> </ul>

### 【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：受診勧奨通知送付者数(評価指標)

アウトプット…実施量, 実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	—	—	—	—	—	735	700	—

アウトカム：プレ特定健康診査の受診率(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	15.5%	16.0%	16.5%	17.0%
達成状況	—	—	—	—	—	14.4%	14.1%	—

### 【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

中間評価後に始めた新規事業であったが、特定健康診査協力医療機関から協力を得て、円滑に健診が実施できたことを評価。本事業は同様に実施している若年層の健診(18歳から38歳までの健康診査)と比較し、申請の手間を省き、簡便に健診を受けられるよう整えることができた。

<p><b>考察</b> (成功・未達要因)</p>	<p>18歳から38歳までの健康診査と同様, 健康診査に目が向いていない若年層は受診率の獲得や定着が難しいが, 翌年(40歳)から始まる特定健康診査の第1歩として, 健診受診の必要性や習慣化を目的として実施している点については, 受診率からも一定の評価ができる。</p>
<p><b>今後の方向性</b></p>	<p>若年層の健診の習慣化, 生活習慣病の早期発見, 早期治療は重要であり, また40歳から始まる特定健康診査につながるため, 第3期計画でも引き続き実施する。まだ新しい事業であるため, 評価, 見直しを繰り返す。</p>

## 特定保健指導利用勧奨事業

事業全体の評価：a\*

事業目的	特定保健指導対象者に対し、利用勧奨をすることで、特定保健指導の実施率向上を図る。
対象者	特定健康診査結果で特定保健指導に該当する者
事業実施年度	2016年度(平成28年度)～2023年度(令和5年度)
実施内容	個別健診受診者については、特定健康診査結果説明時に特定保健指導対象者に対し、案内チラシを活用して特定保健指導の利用の勧奨を行い、予約につなげる。集団健診受診者については、健診日時点で特定保健指導対象者と想定される者に対し、初回支援を実施するが、健診日には把握できなかった者については、健診結果確認後に柏市から利用勧奨通知を送付し、予約につなげる。 特定保健指導の予約のない者に対し、柏市から個々の健診結果に応じた勧奨通知を送付する。送付後、保健師・管理栄養士の専門職による電話での勧奨を実施する。

### 【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：はがき送付者数(評価指標)

アウトプット…実施量, 実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	—	—	—	2,132	1,834	1,997	1,343	—

アウトプット：電話がつながり、利用勧奨できた人数(積極的支援・動機づけ支援)(評価指標)

※利用勧奨電話により予約した数

アウトプット…実施量, 実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	—	—	—	134	169	148	121	—

アウトカム：特定保健指導利用率(年齢別・性別)(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	【積極的支援】 —	18.2%	18.9%	19.9%	20.6%	21.3%	21.9%	22.8%
	【動機付け支援】 —	24.6%	25.5%	26.5%	27.5%	28.4%	29.5%	30.5%
達成状況	【積極的支援】 17.5%	20.5%	22.6%	17.2%	17.2%	16.4%	15.0%	—
	【動機付け支援】 23.6%	25.1%	32.5%	30.0%	26.0%	20.4%	26.6%	—

アウトカム：特定保健指導実施率(年齢別・性別)(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	【積極的支援】 —	13.1%	13.5%	14.0%	14.6%	15.1%	15.6%	16.2%
	【動機付け支援】 —	24.6%	25.5%	26.5%	27.5%	28.4%	29.5%	30.5%
達成状況	【積極的支援】 12.4%	13.5%	16.1%	12.9%	13.7%	11.8%	13.1%	—
	【動機付け支援】 23.6%	25.1%	2.1%	30.0%	25.9%	20.0%	26.5%	—

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

様々な保健指導実施機関と連携し、切れ目なく事業を実施することができた。特に利用勧奨事業では、利用勧奨通知および利用勧奨電話を行うとともに、委託先が保健指導できなかった対象者に対しても、きめ細やかに直営(市)で拾い上げ、再勧奨を行い保健指導につなげることで、受診率向上に寄与することができている。

考察  
(成功・未達要因)

第2期計画において、通常の勧奨通知の送付、電話勧奨に加え、電子申請やZOOMなどのICTを活用した保健指導の実施や訪問による保健指導、インセンティブ事業の導入など、毎年試行錯誤しながら取り組んできたが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、外出自粛する傾向があったため、保健指導が実施できず、実施率、利用率ともに伸び悩んだ。

今後の  
方向性

保健指導の実施率向上は特定保健指導の最大の目標であり、受診勧奨事業は欠かせないため、第3期計画でも引き続き事業を継続する。手法については現在実施している勧奨通知、勧奨電話を主軸に置きつつ、若い世代の実施率向上を目指し、ICTを活用した保健指導環境の整備やその周知に加え、実施率向上を目指したい。

## 特定保健指導研修会

事業全体の評価：a\*

事業目的	標準的な健康診査・保健指導プログラムに準じ、特定保健指導実施者に必要な研修を定期的実施することで、保健指導従事者のスキルアップに努め、質の高い保健指導を提供するとともに、特定保健指導の脱落率の低下を図る。
対象者	特定保健指導実施者(医師・保健師・管理栄養士)
事業実施年度	2016年度(平成28年度)～2023年度(令和5年度)
実施内容	効果的な特定保健指導を実施するために、食生活・運動・禁煙指導等に関する研修会を実施する。

### 【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：特定保健指導研修会出席者数(評価指標)

アウトプット…実施量, 実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	12	49	14	18	13	20	12	—

アウトカム：特定保健指導脱落率(年齢別・性別)(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	【積極的支援】 —	28.0%	26.6%	25.2%	23.9%	22.6%	21.3%	20.0%
	【動機付け支援】 —	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
達成状況	【積極的支援】 29.4%	34.3%	29.1%	24.8%	22.1%	28.8%	13.9%	—
	【動機付け支援】 0.4%	0%	1.4%	0%	0.6%	0.2%	0%	—

アウトカム：特定保健指導実施率(年齢別・性別)(評価指標)

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	【積極的支援】 —	13.1%	13.5%	14.0%	14.6%	15.1%	15.6%	16.2%
	【動機付け支援】 —	24.6%	25.5%	26.5%	27.5%	28.4%	29.5%	30.5%
達成状況	【積極的支援】 29.4%	13.5%	16.1%	12.9%	13.7%	11.8%	13.1%	—
	【動機付け支援】 0.4%	25.1%	32.1%	30.0%	25.9%	20.0%	26.5%	—

アウトカム：参加者の満足度・理解度(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	75.0%	(不明)	80.0%	80.0%	80.0%	95.0%	100%	—

【ストラクチャー, プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

毎年予定通り実施することができ、ストラクチャー, プロセスとも達成している。研修会のテーマについても、特定健康診査・特定保健指導の動向を踏まえたテーマにしており、参加者の満足度も良好な結果であった。委託保健指導の場合、保健指導実施者が医師のことが多く、すでに医学的な知識を得ているため、研修会に未参加の機関が一定数生じる。

考察  
(成功・未達要因)

出席者数は、特定保健指導開始当初、中核市は県主催の保健指導研修会(新任, 経験者向け)に参加することができず、市独自に実施していたが、現在は、千葉県での研修に出席することが可能となったため減少した。  
保健指導脱落率は、委託保健指導機関が集まりグループワークを実施した年もあり、お互いの状況や工夫点を共有する場を設けたり、時勢を踏まえた研修テーマにすることで、年々減少した。令和3年度は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響で面談による保健指導の継続を望まない声が多く、脱落率は増加したと考える。

今後の  
方向性

県主催の保健指導研修会に参加することが可能となったため、第3期計画における個別保健事業としては掲載しないが、事業は必要時、実施する。

## 専門医による健康講座

事業全体の評価：a\*

事業目的	専門医による健康講座を開催し、疾病に対する理解を深めるとともに、未治療者等のハイリスク者に受療勧奨を行うことにより、生活習慣病(高血圧、糖尿病等)の重症化予防を図る。
対象者	特定健康診査結果の血圧や血糖値等が受診勧奨値以上の者等
事業実施年度	2016年度(平成28年度)～2023年度(令和5年度)
実施内容	特定健康診査結果から生活習慣病(高血圧症及び糖尿病等)の重症化が懸念される者を抽出し、専門医による健康講座の案内を個別通知し、受講勧奨を実施する。また、講座受講後の医療機関受診状況を確認する。

### 【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：通知送付数(評価指標)

アウトプット…実施量, 実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	642	855	1,053	623	715	新型コロナウイルス感染症の感染拡大により未実施	836	—

アウトプット：専門医による健康講座研修会出席者数(評価指標)

アウトプット…実施量, 実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	233	208	116	50	44	新型コロナウイルス感染症の感染拡大により未実施	58	80

アウトプット：専門医による健康講座研修会参加率(評価指標)

アウトプット…実施量, 実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	36.3%	24.3%	11.0%	8.0%	6.2%	新型コロナウイルス感染症の感染拡大により未実施	6.9%	5.7%

アウトカム：参加者の満足度・理解度(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	—	90.5%	87.2%	93.2%	90.0%	新型コロナウイルス感染症の感染拡大により未実施	92.0%	96.3%



アウトカム：受講後に医療機関を受診した割合(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	—	—	—	51.0%	45.0%	新型コロナウイルス感染症の感染拡大により未実施	55.2%	—

【ストラクチャー, プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

前年度の特定健診等保健事業検討会にて、翌年度の健康講座について医師会の立場からご意見を伺い、計画における健康課題に基づくテーマ決め、対象者の選定基準、講師選び等の計画を立て、翌年度からすぐに動ける体制を毎年とることができ、ストラクチャー、プロセスとも例年達成している。

考察  
(成功・未達要因)

生活習慣病重症化予防に対するハイリスクアプローチは通知や電話など直接的な手法が多いため、集合形式による健康講座の実施は異なった視点でのアプローチとなり効果的であると考えます。  
参加者の講座に対する満足度、理解度や受講後の受診行動など、アウトカム、アウトプット評価からも一定の効果がみられる。

今後の  
方向性

前述通り、生活習慣病重症化予防に対するハイリスクアプローチは通知や電話など直接的な手法が多いため、集合形式による健康講座の実施は異なった視点でのアプローチとなり効果的であると考えため、次年度以降も多面的なハイリスクアプローチの一つとして継続する。

# ハイリスク者への受診確認・受診勧奨

事業全体の評価：a\*

事業目的	健康診査結果が受診勧奨値に該当する者の医療機関での受診状況を確認し、未受診者に対し受療勧奨を行うことで医療機関につなげ重症化予防を図る。
対象者	高血糖, 高血圧, 脂質異常及び腎機能低下の基準該当者
事業実施年度	2016年度(平成28年度)～2023年度(令和5年度)
実施内容	レセプトで受診確認ができない者に対し, 受診勧奨通知を送付する。 送付後に専門職による電話での受診勧奨を実施する。

## 【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：受診勧奨通知送付数(評価指標)

アウトプット…実施量, 実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	—	265	326	187	134	483	281	—

アウトプット：受診確認の電話を行った数(評価指標)

アウトプット…実施量, 実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	—	72	37	23	20	70	55	—

アウトカム：医療機関受診率(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	⑦68.6% ⑧78.1% ⑨66.5% ⑩64.3% ⑪88.7% ⑫66.1%	⑦70.5% ⑧78.4% ⑨68.8% ⑩66.9% ⑪89.2% ⑫68.4%	⑦72.4% ⑧78.7% ⑨71.1% ⑩69.5% ⑪89.7% ⑫—	⑦74.3% ⑧79.0% ⑨73.4% ⑩72.1% ⑪90.2% ⑫47.7%	⑦76.2% ⑧79.3% ⑨75.7% ⑩74.7% ⑪90.7% ⑫48.5%	⑦78.1% ⑧79.6% ⑨78.0% ⑩77.3% ⑪91.2% ⑫49.3%	⑦80.0% ⑧80.0% ⑨80.3% ⑩80.0% ⑪91.8% ⑫50.0%
達成状況	⑦66.7% ⑧77.8% ⑨64.2% ⑩61.7% ⑪85.8% ⑫46.9%	⑦75.0% ⑧72.5% ⑨68.0% ⑩70.2% ⑪84.2% ⑫74.5%	⑦80.0% ⑧70.2% ⑨60.0% ⑩69.7% ⑪84.9% ⑫73.9%	⑦84.6% ⑧77.6% ⑨54.1% ⑩55.6% ⑪78.2% ⑫46.9%	⑦83.3% ⑧70.6% ⑨51.4% ⑩60.3% ⑪75.9% ⑫43.2%	⑦75.0% ⑧65.2% ⑨61.7% ⑩71.7% ⑪80.7% ⑫67.7%	⑦69.2% ⑧72.5% ⑨56.5% ⑩64.1% ⑪85.2% ⑫51.1%	—

⑦【糖代謝異常・腎機能低下】(%)

糖尿病及び腎障害が強く疑われる者

⑧【糖代謝異常・腎機能低下】(%)

糖尿病が強く疑われ早急な受診が必要と考えられる者

⑨【高血圧】(%)

高血圧分類において,Ⅲ度(重症)高血圧に該当する者

⑩【腎機能低下が疑われる者】(%)

腎機能低下(慢性腎臓病)が疑われる者

⑪【糖代謝異常】(%)

糖尿病が強く疑われる者

⑫【高血圧・脂質異常】(%)

血圧,脂質共に高く,動脈硬化のリスクが高いと考えられる者

【ストラクチャー, プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

ハイリスク者の抽出基準については毎年, 年度最後の特定健診等保健事業検討会にて, 医師会の先生にご検討いただき次年度の基準について確認作業を行うことができたため, 年度初めから事業の準備を行い, 滞りなく通知発送, レセプト確認作業を行うことができた。

**考察**  
(成功・未達要因)

計画通り事業は遂行できているが, アウトカム評価である「医療機関への受診状況」は目標に達していない区分がある。未達要因の一つとして, 新型コロナウイルス感染症の感染拡大により, 定期通院を延期したり, 服薬を自己中断するなどの「受診控え」が影響していると考えられる。

**今後の  
方向性**

ハイリスク者の受療勧奨事業については, 「高血圧かつ脂質異常」の区分以外は目標達成に至らなかった。生活習慣病は自覚症状が少なく, また働き盛りの世代は健診で健康状態を確認するにとどまり, 受診行動へ移しにくい傾向がある。本事業は次年度も継続するが, 生活習慣病は無自覚のまま気づけば重症化するという事実をきちんと伝えられる通知等の工夫が必要である。

## 糖尿病性腎症重症化予防

事業全体の評価：a

事業目的	糖尿病の疑いおよび腎機能の低下で糖尿病の重症化および糖尿病性腎症の予防が必要な者に対し、国が示す「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に準じて事業を実施し重症化予防を図る。
対象者	「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に準じた対象者
事業実施年度	2017年度(平成29年度)～2023年度(令和5年度)
実施内容	特定健康診査結果から、糖尿病の疑い及び腎機能低下で要受診対象者を抽出し、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの案内を送付する。本人の参加同意を得た上で、かかりつけ医と連携し、6か月間の保健指導を実施する。 具体的には、かかりつけ医の治療方針や生活指導内容に基づき、専門的な知識を有する保健師等が慢性疾患の重症化を防ぐためにテキストや自己管理票、その他の補助教材を用いて最新の医学・行動科学に基づき生活をサポートする。

### 【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：糖尿病性腎症重症化予防事業通知送付数(評価指標)

アウトプット…実施量, 実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	—	30	47	325	148	247	154	138

アウトカム：糖尿病性腎症重症化予防事業の参加者数・参加率(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	【参加者】 —	10人	10人	増加	増加	増加	増加	増加
	【参加率】 —	28.5%	—	—	—	—	—	—
達成状況	【参加者】 —	12人	6人	41人	16人	30人	31人	31人
	【参加率】 —	40.0%	12.8%	12.6%	10.8%	20.0%	20.1%	20.9%

アウトカム：参加者のプログラム参加率(評価指標) ※終了率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	—	83.0%	100%	93.0%	100%	93.0%	93.0%	93.5%

【ストラクチャー, プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

平成29, 30年度は民間委託し, 個別保健指導を中心とした事業展開を行っていたが, 大幅な見直しを行い, 令和元年度より柏市医師会へ委託し, 実施する形態へ変更した。委託先の変更にともない, 平成30年度は柏市医師会および協力医療機関との入念な打ち合わせを何度も繰り返し, 令和元年度も事業を実施しながら試行錯誤を繰り返し, 現在の形にほぼ固めることができた。令和2年度は新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い, 集合形式のプログラム展開が困難となったが, 一部内容を見直しながら実施することができている。令和3年度から少しずつ元の形へ戻し始め, 令和4年度以降はほぼ当初予定した形へ戻している。常に柏市医師会および協力医療機関, 特定健診等保健事業検討会, 柏市糖尿病性腎症重症化予防検討会の各委員から助言等をもらい, 円滑かつ効率的, 効果的な事業展開が実施できた。

※令和3年度から「柏市高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的な実施にかかる基本的な方針」に基づき, 後期高齢者を含めて事業を実施している。

<p><b>考察</b> (成功・未達要因)</p>	<p>平成29年度に国の方針が示され, 事業開始し, 令和元年に事業形態を大幅見直し, 令和2年には新型コロナウイルス感染症対策を施した事業展開など, 見直しを繰り返しながら実施したが, 適宜, 各関係機関と丁寧に打ち合わせを行い, 事業成功に導けたと考える。アウトカム評価については, データヘルス計画策定後, 国から評価指針等が示され, それに基づき事業評価を行ったため不足している部分があるが, 指標に沿って毎年事業評価は行っており, 効果的であったという結果が出ている。</p>
--------------------------------	---

<p><b>今後の方向性</b></p>	<p>国の重点事業であり, 次年度以降も継続する。本事業の大きな柱である「かかりつけ医との連携」を踏まえても現在実施している柏市医師会へ委託した事業形態は非常に効果的であり, 第3期計画においても継続する。</p>
----------------------	---

## 柏市CKD(慢性腎臓病)医療連携システム

事業全体の評価：a

事業目的	特定健康診査の結果, CKD(慢性腎臓病)が疑われる者に対し, かかりつけ医と腎専門医の連携のもと, 適切な医療につなげ, 重症化予防を図る。
対象者	腎機能の低下が認められる者
事業実施年度	2017年度(平成29年度)～2023年度(令和5年度)
実施内容	腎機能低下が疑われる者を特定健康診査等で早期に発見し, かかりつけ医と腎専門医の連携のもと, 適切な医療につなげる。 具体的には, 特定健康診査記録票に腎専門医への紹介基準を明確化し, 健診受診者への意識付けをするとともに, 腎専門基幹病院を示し, かかりつけ医と腎専門医の連携を強化し治療にあたることで重症化予防を推進する。

### 【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：柏市CKD医療連携システム対象者数(評価指標)

アウトプット…実施量, 実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	減少	減少	減少	減少	減少	減少	減少
達成状況	—	117	98	114	108	108	95	—

アウトカム：医療機関受診率(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	増加	増加	増加	増加	増加	増加	増加
達成状況	—	21.4%	19.3%	22.8%	14.8%	16.7%	17.9%	—

### 【ストラクチャー, プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

平成29年度から柏市医師会により実施されているシステムであり, 特定健康診査の結果から腎臓専門医へつなぐ一つの手段として設けられている。システムの周知を保健事業説明会で各医療機関に行うとともに, 令和3年度には「システムが分かりにくい」というかかりつけ医の声を反映し「柏市CKD医療連携システムの手引き」や「スクリーニングシート」を作成し, システムの適正運用に努めた。

<p><b>考察</b> (成功・未達要因)</p>	<p>システム利用者数をアウトカム評価に設定しているが、対象者の中には、すでにかかりつけ医で治療中であったり、システムを利用せず腎臓専門医を受診しているケースもあるため、一定数の利用があれば評価できると判断する。対象者が減少する一方で基幹病院受診者数は増加していることから、システムの稼働については一定の評価ができると考える。</p>
<p><b>今後の方向性</b></p>	<p>かかりつけ医と基幹病院をつなぐ重要なシステムであるため、第3期計画も継続して実施する。</p>

## ジェネリック医薬品普及促進事業

事業全体の評価：a

事業目的	ジェネリックの医薬品の利用を推進することにより、医療費の適正化を図る。
対象者	被保険者
事業実施年度	2016年度(平成28年度)～2023年度(令和5年度)
実施内容	<p>被保険者に対し、次のとおり普及促進事業を継続的に実施する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ジェネリック医薬品差額通知(年4回)</li> <li>・ジェネリック医薬品希望シールの作成及び全戸配布</li> <li>・ジェネリック医薬品普及啓発リーフレットの窓口配布(限度額適用認定証交付申請者)</li> <li>・普及促進手法の調査研究</li> </ul>

### 【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：医療費適正化事業(ジェネリック医薬品切り替え取り組み)通知送付数(評価指標)

アウトプット…実施量, 実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	—	23, 119	20, 209	19, 787	15, 286	15, 095	12, 928	—

アウトカム：医療費適正化事業(ジェネリック医薬品切り替え取り組み)数量シェア(評価指標)

アウトプット…実施量, 実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	80.0%	—	—	—
達成状況	68.5%	70.4%	75.1%	78.2%	80.4%	79.9%	80.7%	—

アウトカム：医療費の削減状況(評価指標) ※ジェネリック医薬品切り替えによる効果額(千円)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	12, 317	8, 221	13, 589	10, 388	6, 401	5, 836	6, 132	—

### 【ストラクチャー, プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

計画通り、千葉県国保連合会へ委託し、差額通知を滞りなく発送することができた。



<p><b>考察</b> (成功・未達要因)</p>	<p>アウトカム評価として、ジェネリック医薬品使用割合は国の目標値を達成し、効果が出ている。 なお、数量シェア率については、2020年度までは3月審査、2021年度からは年平均の数値を使用している。</p>
<p><b>今後の方向性</b></p>	<p>目標達成したため、第3期データヘルス計画における個別保健事業としては掲載しないが、事業は継続する。</p>

## 重複頻回受診者

事業全体の評価：a

事業目的	不適切な受診行動(重複受診・頻回受診)を行っている者に対し、正しい受診行動に導く指導を行うことにより、医療費削減を図る。
対象者	不適切な受診行動(重複受診・頻回受診)を行っている者
事業実施年度	2016年度(平成28年度)～2023年度(令和5年度)
実施内容	不適切な受診行動(重複受診・頻回受診)を行っている者に対し、適正な受診行動を促す通知を送付する。

### 【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：受診行動適正化事業(重複頻回受診)通知送付数(評価指標)

※訪問指導事業対象者数(実人数)

アウトプット…実施量, 実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	㊦重複受診 2人	2人	5人	6人	6人	4人	9人	9人
	㊧頻回受診 0人	0人	0人	0人	1人	0人	0人	0人

アウトカム：受診行動適正化事業(重複頻回受診)該当者数(評価指標)

※医療費分析結果

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	㊦重複受診 —	—	—	—	減少 (実人数) 減少 (延べ人数)	—	—	減少 (実人数) 減少 (延べ人数)
	㊧頻回受診 —	—	—	—	減少 (実人数) 減少 (延べ人数)	—	—	減少 (実人数) 減少 (延べ人数)
達成状況	㊦重複受診 528人 (実人数) 772人 (延べ人数)	—	—	478人 (実人数) 741人 (延べ人数)	—	—	456人 (実人数) 711人 (延べ人数)	—
	㊧頻回受診 923人 (実人数) 2,400人 (延べ人数)	—	—	645人 (実人数) 1,594人 (延べ人数)	—	—	541人 (実人数) 1,404人 (延べ人数)	—

アウトカム：改善率(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	㊦重複受診	—	—	改善	改善	改善	改善	改善
	㊧頻回受診	—	—	改善	改善	改善	改善	改善
達成状況	㊦重複受診 50%	0%	0%	16.6%	0%	50.0%	12.5%	—
	㊧頻回受診 該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	100%	該当なし	該当なし	—

アウトカム：重複受診訪問対象者人数(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	減少	減少	減少	減少
達成状況	㊦重複受診 2人	㊦重複受診 2人	㊦重複受診 5人	㊦重複受診 6人	㊦重複受診 6人	㊦重複受診 4人	㊦重複受診 9人	9人

アウトカム：重複受診訪問実施率(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	100%	100%	100%	100%
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

アウトカム：頻回受診訪問対象者人数(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	0人	0人	0人	0人
達成状況	0人	0人	0人	0人	1人	0人	0人	0人

アウトカム：頻回受診訪問実施率(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	100%	100%	100%	100%
達成状況	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	100%	該当なし	該当なし	該当なし

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

医療費分析による評価。

事業評価としては、対象者を抽出し、予定通り全件訪問できた(不在者には通知をポストイン)。

<p><b>考察</b> (成功・未達要因)</p>	<p>医療費分析の結果, 該当者数は重複受診・頻回受診ともに減少した。訪問支援事業では, 直接訪問指導を行っても, 自身の考え方を持っていたり, 通院することで安心感を得ているケースも多く, なかなか行動変容に結び付けることができないケースがあったが, 一定の改善はみられた。</p>
<p><b>今後の方向性</b></p>	<p>行動変容につながりにくい事業ではあるが, 引き続き, 第3期計画においても実施する。</p>

## 生活習慣病治療中断者受診勧奨事業

事業全体の評価：a

事業目的	生活習慣病に該当しているが、定期的な受診を自己の判断によりやめてしまった中断者に対し、適正な受診行動および保健指導を行うことで、医療費の削減を図る。
対象者	生活習慣病治療中断を行っている者
事業実施年度	2019年度(令和元年度)～2023年度(令和5年度)
実施内容	生活習慣病の治療を中断している者に対し、適正な受診行動を促す通知を送付する。

### 【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：受診行動適正化事業(生活習慣病治療中断者)通知送付数(評価指標)

※事業評価

アウトプット…実施量, 実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	—	—	—	501	140	101	71	72

アウトカム：受診行動適正化事業(生活習慣病治療中断者)該当者数(評価指標)

※医療費分析

アウトプット…実施量, 実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	減少	減少	減少	減少	減少
達成状況	456	—	—	444	—	—	404	—

アウトカム：生活習慣病に関するレセプトがある者の割合(評価指標)

※通知後受診した者の割合

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	改善	改善	改善	改善	改善
達成状況	—	—	—	16.4%	19.3%	19.8%	15.5%	—

アウトカム：服薬の状況(評価指標) ※事業評価・改善率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	—	—	—	12.3%	19.3%	19.8%	21.1%	—

【ストラクチャー, プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

令和元年度から開始した事業であり, 実施計画・評価を特定健診等保健事業検討会で図り, 抽出要件を見直しながら, 翌年見直しを行うことを繰り返し, 令和3年度に現在の抽出要件に確定した。そのため通知数や改善率に乱れがある。ストラクチャー, プロセスは毎年達成している。

**考察**  
(成功・未達要因)

令和3年度から糖尿病に絞りを, KDBで抽出できる最大人数を抽出し, 多くの中断者に通知することができた。治療中断による重症化を伝えるリーフレットや通知の工夫を行い, 改善率は年々上昇した。

**今後の  
方向性**

現在の形で効果が出ているため, 第3期計画も継続する。

## ロコモティブシンドローム予防事業

事業全体の評価：a

事業目的	高齢期のロコモティブシンドロームについて理解し、要介護状態に陥らずに高齢者が地域でいきいきと生活できるよう、ロコモティブシンドローム予防に取り組める環境づくりを進めることにより、介護予防の推進を図る。
対象者	ロコモティブシンドローム予防事業に応募してきた者(40～64歳)
事業実施年度	2016年度(平成28年度)～2020年度(令和2年度)
実施内容	<p>近隣センターまたはふるさと会館等において、ロコモティブシンドロームの理解と予防に関する座学と実技を実施する(月2回、計10回)。 教室終了後も地域ぐるみでロコモティブシンドローム予防に取り組めるよう自主グループ支援を実施する。</p> <p>保健福祉部門と共催で、身近な地域でロコモティブシンドローム予防に関する講座、運動指導を実施することで、運動の習慣化と生活習慣病予防の推進を図る。</p> <p>また、自らが主体的に取り組めるように、サポーターやインストラクター等の人材を育成して、地域の自主組織育成について保健福祉部門と協力して取り組む。</p>

### 【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：ロコモティブシンドローム予防事業参加申し込み数(評価指標)

アウトプット…実施量, 実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	27	32	17	12	15	事業終了	事業終了	事業終了

アウトカム：ロコモティブシンドローム予防事業の参加者数(評価指標)

アウトプット…実施量, 実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	20	20	20	15	15	15	10
達成状況	27	32	17	12	15	事業終了	事業終了	事業終了

アウトカム：参加者のプログラム参加率(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	100	100	100	100	100	事業終了	事業終了	事業終了

アウトカム：自主活動参加者数(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	700	800	900	1,000			
達成状況	559	664	947	1,239	1,000	事業終了	事業終了	事業終了

【ストラクチャー, プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

主管課と連携し、希望者は全員事業へ参加することができた。

<b>考察</b> (成功・未達要因)	アウトカム評価である自主活動参加率は計画当初よりも上昇し、効果的な事業であった。
------------------------	--

<b>今後の方向性</b>	本事業は令和2年度で終了したため、中間評価の時点で削除となっている。 高齢者部門で自主グループの支援を引き続き継続。
---------------	---



## 地域包括ケアシステムの促進

事業全体の評価：a

事業目的	地域包括ケアシステムを構築することにより、特定健康診査の実施及び生活習慣病の早期発見・早期治療を推進し、将来的な生活習慣病の発症・重症化予防を図るとともに、介護予防の推進を図る。
対象者	関係団体・関係部署
事業実施年度	2016年度(平成28年度)～2023年度(令和5年度)
実施内容	<p>&lt;地域包括ケアシステムの構築&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療・介護・保健・福祉等部局横断的な議論の場へ参画する(国保部局として参加)。</li> <li>KDB・レセプトデータを活用した健康事業・介護予防・生活支援の対象となる被保険者を抽出する。</li> <li>被保険者を含む高齢者などの居場所・拠点・コミュニティ・生きがい・自立及び健康づくりにつながる住民主体の地域活動を国保部局として支援する。</li> </ul> <p>&lt;参加会議体&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域包括ケアに資する地域ネットワークの国保部局の参画(外部組織との連携)</li> </ul> <p>&lt;関係団体・部署との連携&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>柏フレイル予防プロジェクト2025 年2～3回</li> <li>柏市在宅医療・介護多職種連携協議会 年2～3回</li> </ul>

### 【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：会議への参加(柏フレイルプロジェクト2025, 柏市在宅医療・介護多職種連携協議会)(評価指標)

アウトプット…実施量, 実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	—	—	—	5回	5回	5回	5回	—

アウトカム：連携した関係部署の増加(①柏フレイルプロジェクト2025, ②柏市在宅医療・介護多職種連携協議会)

アウトプット…実施量, 実施率を評価

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—	—	—	—	—	—	—	—
達成状況	—	—	—	①29 ②24	①29 ②24	①29 ②24	①29 ②24	—

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

会議に出席し、関係機関との連携および市内の横連携を図った。

**考察**

(成功・未達要因)

会議に出席し、関係機関との連携および市内の横連携を図った。

**今後の  
方向性**

第2期データヘルス計画から継続している会議のほか、令和2年度より高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に伴うワーキンググループが発足し、国保部局として出席している。第3期計画も会議に出席し、関係機関と連携しながら、生活習慣病重症化予防対策だけでなく、フレイル予防対策を含めた枠組み(国保・衛生の連携, 国保・後期のデータ活用等)を構築する。

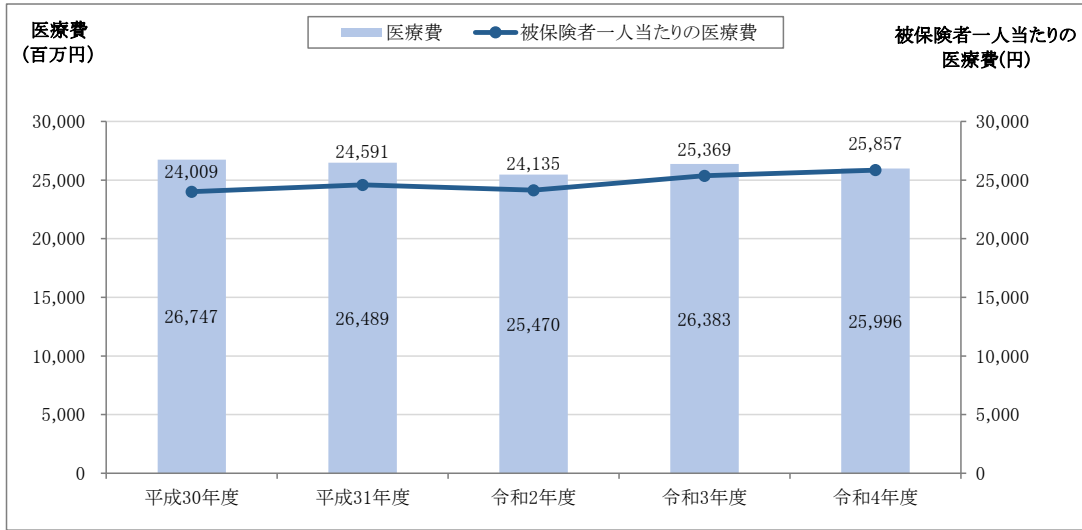
# 第4章 健康・医療情報等の分析

## 1. 医療費の基礎集計

### (1) 医療費の状況

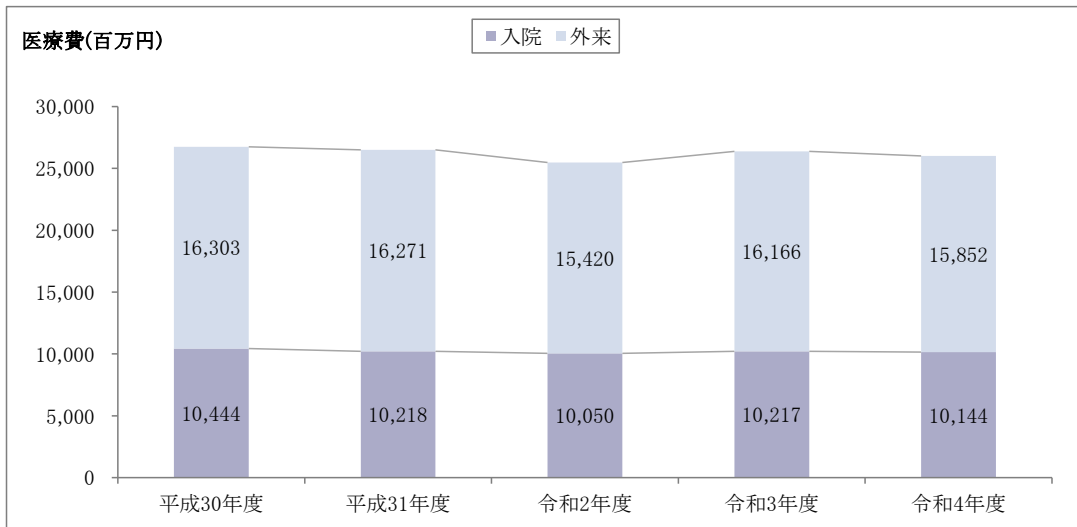
医療費の状況を見ると、令和4年度の医療費は平成30年度より低くなっていますが、被保険者一人当たり医療費は令和4年度は25,857円で平成30年度の24,009円より1,848円高くなっています。(図11)

【図11】 年度別 医療費の状況



出典：国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」  
被保険者一人当たりの医療費…1カ月分相当。

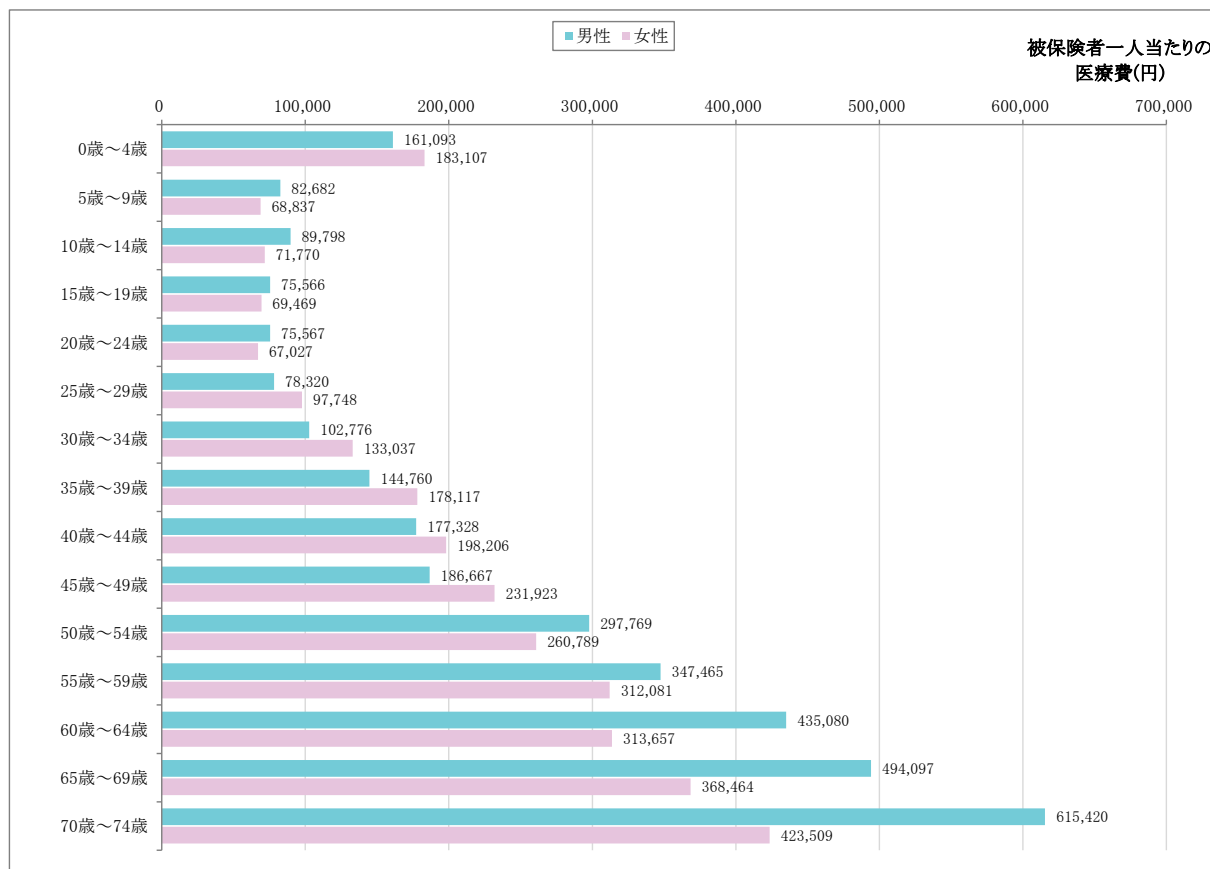
【図12】 年度別 入院・外来別医療費



出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

令和4年度における、被保険者一人当たりの医療費を男女年齢階層別にみると、25歳～49歳以外では女性より男性の方が高くなっています。(図13)

【図13】男女年齢階層別 被保険者一人当たりの医療費(令和4年度)



出典：国保データベース (KDB) システム「疾病別医療費分析(大分類)」

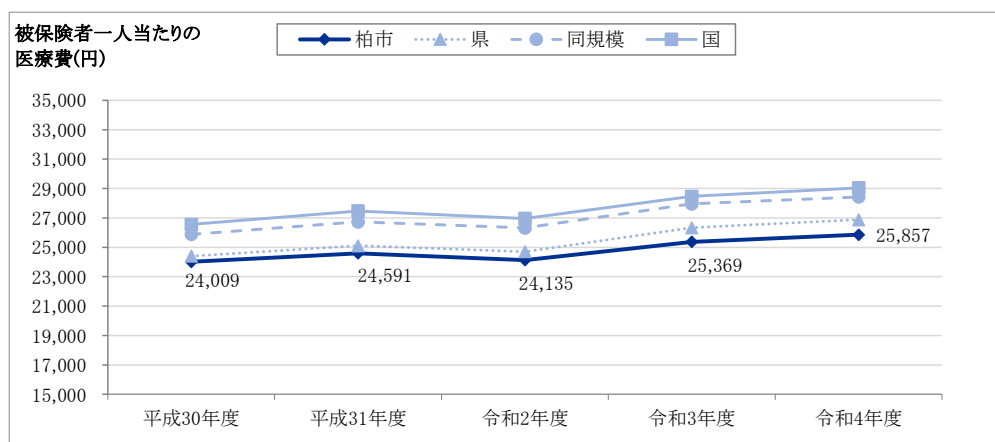
年度別の被保険者一人当たりの医療費をみると、全ての年度で県・同規模・国より低くなっています。(表10, 図14)

【表10】 年度別 被保険者一人当たりの医療費 単位：円

年度	柏市	県	同規模	国
平成30年度	24,009	24,400	25,877	26,555
平成31年度	24,591	25,113	26,729	27,475
令和2年度	24,135	24,702	26,316	26,961
令和3年度	25,369	26,338	27,957	28,469
令和4年度	25,857	26,874	28,428	29,043

出典：国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」  
被保険者一人当たりの医療費…1カ月分相当。

【図14】 年度別 被保険者一人当たりの医療費



出典：国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」  
被保険者一人当たりの医療費…1カ月分相当。

## (2) 疾病別医療費

令和4年度と令和元年度の入院医療費の構成比を比較すると、順位の変動はありませんが、4位までの大分類では「新生物<腫瘍>」が18.2%で1.8ポイント減少しており、「循環器系の疾患」が22.0%で0.1ポイント、「精神及び行動の障害」が10.7%で0.9ポイント、「筋骨格系及び結合組織の疾患」が8.6%で0.5ポイント上昇しています。

また、「循環器系の疾患」が最も高く、5分の1以上を占めており、上位4疾患で入院医療費の59.5%を占めています。(表11, 図15)

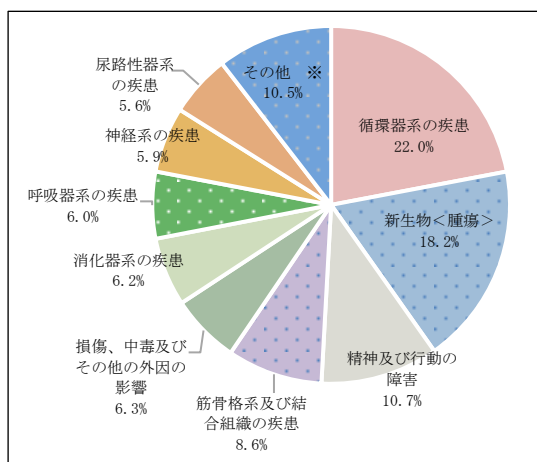
【表11】大・中・細小分類別分析(入院)(令和4年度)

順位	大分類別分析		中分類別分析		細小分類分析	
1	循環器系の疾患	22.0%	その他の心疾患	8.1%	不整脈	3.6%
			虚血性心疾患	4.8%	心臓弁膜症	1.4%
			脳梗塞	2.6%	狭心症	3.7%
					脳梗塞	2.6%
2	新生物<腫瘍>	18.2%	その他の悪性新生物<腫瘍>	7.3%	前立腺がん	1.0%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2.2%	膵臓がん	0.8%
			良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	1.9%	膀胱がん	0.7%
				肺がん	2.2%	
3	精神及び行動の障害	10.7%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	5.6%	子宮筋腫	0.2%
			気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	2.3%	うつ病	2.3%
			その他の精神及び行動の障害	1.2%		
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	8.6%	関節症	3.3%	関節疾患	3.3%
			その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	2.4%		
			脊椎障害(脊椎症を含む)	1.7%		

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大,中,細小分類」  
※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合,空白としている。

【図15】大分類別医療費構成比(入院)(令和4年度)

※その他…入院医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。



令和4年度と令和元年度の外来医療費の構成比を比較すると、順位の変動はありませんが、4位までの大分類では「内分泌、栄養及び代謝疾患」が13.0%で0.1ポイント、「循環器系の疾患」が10.6%で1.2ポイント減少しており、「新生物<腫瘍>」が16.0%で1.1ポイント、「尿路器系の疾患」が10.6%で0.8ポイント上昇しています。

また、「新生物<腫瘍>」が最も高く、上位4疾患で外来医療費の50.2%を占めています。(表12, 図16)

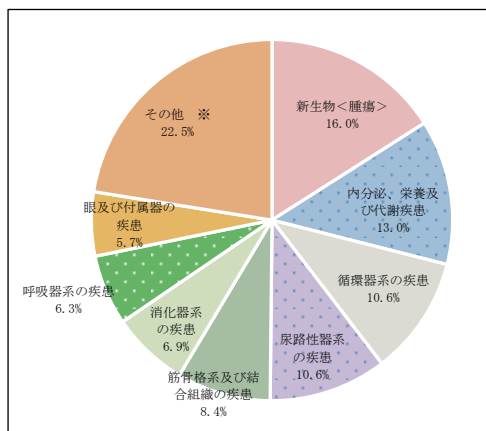
【表12】大・中・細小分類別分析(外来)(令和4年度)

順位	大分類別分析		中分類別分析		細小分類分析	
1	新生物<腫瘍>	16.0%	その他の悪性新生物<腫瘍>	6.5%	前立腺がん	1.3%
			乳房的悪性新生物<腫瘍>	2.3%	卵巣腫瘍(悪性)	0.5%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2.2%	膵臓がん	0.5%
					乳がん	2.3%
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	13.0%	糖尿病	8.4%	肺がん	2.2%
			脂質異常症	3.3%	糖尿病網膜症	1.2%
			その他の内分泌、栄養及び代謝障害	0.7%	脂質異常症	3.3%
					痛風・高尿酸血症	0.1%
3	循環器系の疾患	10.6%	その他の心疾患	4.4%	不整脈	2.3%
			高血圧性疾患	4.2%	心臓弁膜症	0.1%
			虚血性心疾患	0.9%	高血圧症	4.2%
					狭心症	0.7%
4	尿路器系の疾患	10.6%	腎不全	8.3%	慢性腎臓病(透析あり)	5.5%
			その他の腎尿路系の疾患	0.7%	慢性腎臓病(透析なし)	0.6%
			乳房及びその他の女性生殖器の疾患	0.6%		
					乳腺症	0.0%

出典: 国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大, 中, 細小分類」  
 ※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合, 空白としている。

【図16】大分類別医療費構成比(外来)(令和4年度)

※その他…外来医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。



令和4年度の医療費を細小分類別にみると、医療費上位第1位は「慢性腎臓病(透析あり)」で、4.6%を占めており、上位10疾病中5疾病が生活習慣病関連となっています。(表13)

【表13】細小分類による医療費上位10疾病(令和4年度)

順位	細小分類別疾患	医療費(円)	割合(%) ※	生活習慣病関連
1	慢性腎臓病(透析あり)	1,186,456,540	4.6%	●
2	糖尿病	1,168,079,800	4.5%	●
3	関節疾患	947,285,390	3.7%	
4	統合失調症	873,994,100	3.4%	
5	不整脈	722,000,830	2.8%	●
6	高血圧症	673,422,790	2.6%	●
7	肺がん	566,859,310	2.2%	
8	うつ病	553,058,260	2.1%	
9	脂質異常症	521,544,690	2.0%	●
10	骨折	497,699,090	1.9%	

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大,中,細小分類」

※割合…総医療費に占める割合。

※細小分類のうち、「その他」及び「小児科」については上位10疾病の対象外としている。

生活習慣病…厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」には、生活習慣病の明確な定義が記載されていないため、「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第2版)」に記載された疾病中分類を生活習慣病の疾病項目としている。



令和4年度における最大医療資源傷病名別の医療費構成比をみると、「慢性腎臓病(透析無)」、「がん」、「脳出血」、「狭心症」、「心筋梗塞」が県・同規模・国より高くなっています。(表14, 図17)

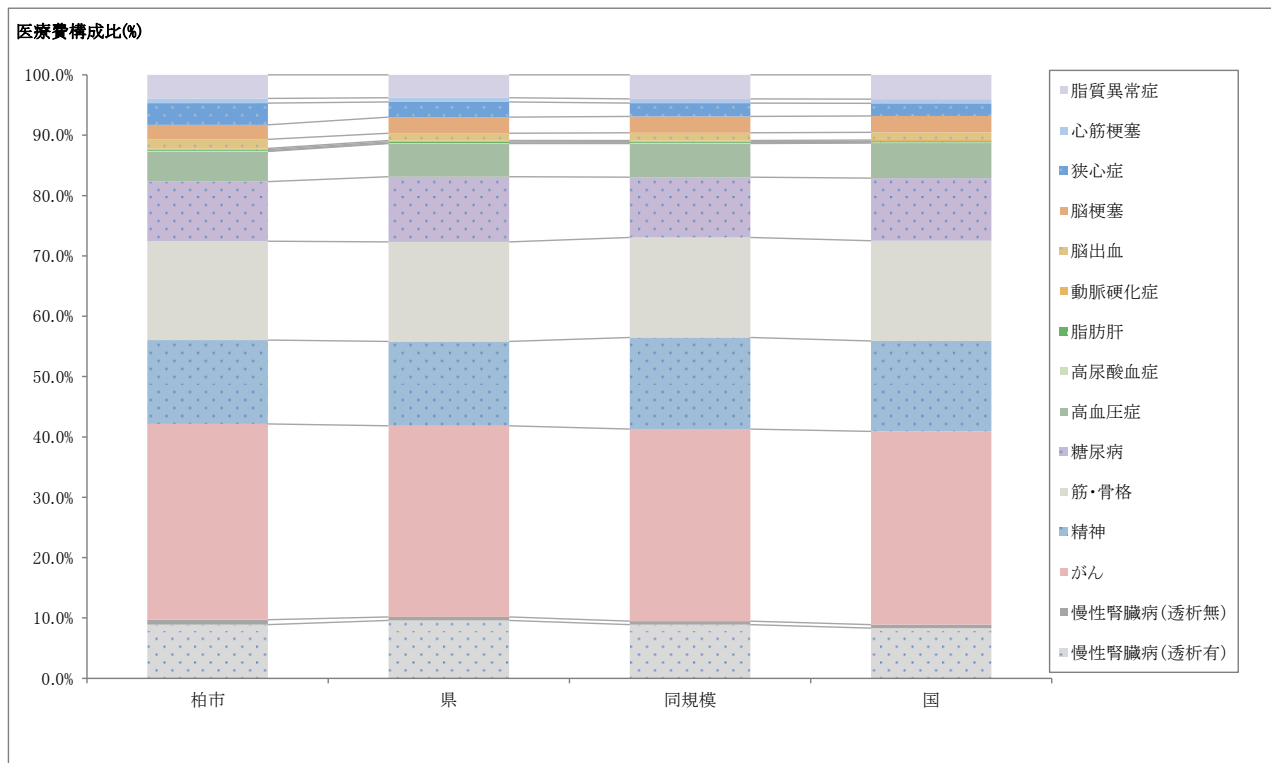
【表14】最大医療資源傷病名別医療費構成比(令和4年度)

傷病名	柏市	県	同規模	国
慢性腎臓病(透析有)	8.9%	9.6%	8.9%	8.3%
慢性腎臓病(透析無)	0.8%	0.6%	0.6%	0.6%
がん	32.5%	31.7%	31.9%	32.0%
精神	13.9%	14.0%	15.2%	15.0%
筋・骨格	16.4%	16.5%	16.6%	16.6%
糖尿病	9.9%	10.8%	10.0%	10.4%
高血圧症	5.0%	5.5%	5.6%	5.8%
高尿酸血症	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
脂肪肝	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
動脈硬化症	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
脳出血	1.5%	1.2%	1.3%	1.3%
脳梗塞	2.4%	2.7%	2.7%	2.7%
狭心症	3.6%	2.5%	2.2%	2.1%
心筋梗塞	0.8%	0.7%	0.7%	0.7%
脂質異常症	3.9%	3.8%	4.0%	4.0%

出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

※最大医療資源傷病名…医療のレセプトデータから最も医療資源(診療行為, 医薬品, 特定器材)を要したものを、「最大医療資源」といい, その原因となる主傷病名をいう。

【図17】最大医療資源傷病名別医療費構成比(令和4年度)



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

※最大医療資源傷病名…医療のレセプトデータから最も医療資源(診療行為, 医薬品, 特定器材)を要したものを、「最大医療資源」といい, その原因となる主傷病名をいう。

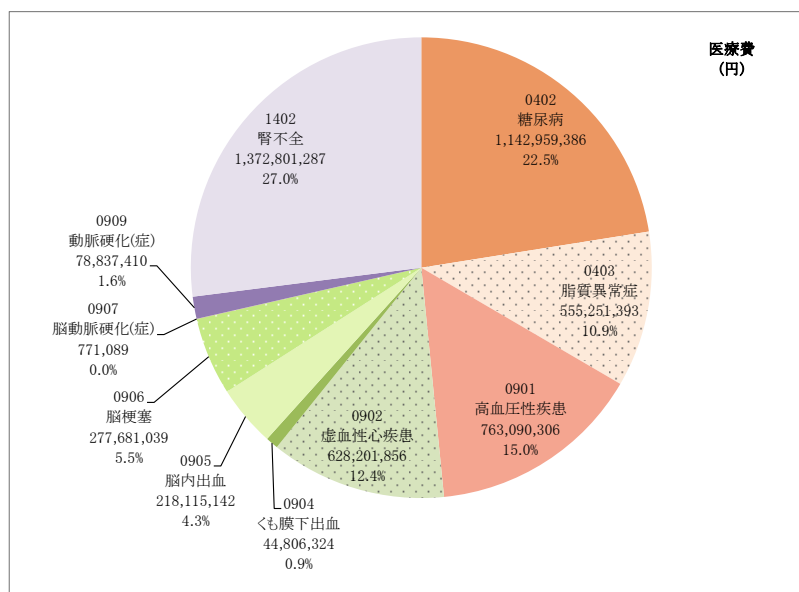
### (3) 生活習慣病疾病別医療費等の状況

令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)における,生活習慣病疾病別の医療費,患者数,患者一人当たりの医療費をみると,疾病別で最も医療費を必要とする疾患は「腎不全」です。次いで「糖尿病」,「高血圧性疾患」となっており,令和元年度の医療費分析(第2期中間評価時)から変動はありません。(表15,図18)

【表15】生活習慣病疾病別 医療費統計

疾病分類(中分類)		医療費(円)	患者数(人)	患者一人当たりの医療費(円)
腎不全	令和4年度	1,372,801,287	2,158	636,145
	令和元年度	1,423,249,644	2,152	661,361
糖尿病	令和4年度	1,142,959,386	24,167	47,294
	令和元年度	1,154,687,170	24,131	47,851
高血圧性疾患	令和4年度	763,090,306	24,465	31,191
	令和元年度	908,814,972	24,720	36,764
虚血性心疾患	令和4年度	628,201,856	7,726	81,310
	令和元年度	718,471,939	8,305	86,511
脂質異常症	令和4年度	555,251,393	21,035	26,397
	令和元年度	662,582,002	20,383	32,507
脳梗塞	令和4年度	277,681,039	4,267	65,076
	令和元年度	363,466,771	4,926	73,785
脳内出血	令和4年度	218,115,142	1,091	199,922
	令和元年度	213,213,380	1,241	171,808
動脈硬化(症)	令和4年度	78,837,410	3,793	20,785
	令和元年度	81,454,891	4,802	16,963
くも膜下出血	令和4年度	44,806,324	246	182,140
	令和元年度	66,580,516	323	206,132
脳動脈硬化(症)	令和4年度	771,089	15	51,406
	令和元年度	675,030	14	48,216
合計	令和4年度	5,082,515,232 (構成比19.7%)		
	令和元年度	5,593,196,315 (構成比21.3%)		

【図18】生活習慣病疾病別 医療費割合



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む),入院外,調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

生活習慣病…厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」には,生活習慣病の明確な定義が記載されていないため,

「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第2版)」に記載された疾病中分類を生活習慣病の疾病項目としている。

株式会社データホライズン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

令和4年度の生活習慣病医療費の状況について、入院、外来、入外合計別に見ると、入院の医療費では「がん」が1位で構成比は18.2%、「精神」が2位で構成比は10.7%となっています。(表16)

【表16】生活習慣病等疾病別医療費統計(入院)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
がん	1,840,891,760	18.2%	1	2,171	13.7%	2	847,946	4
精神	1,080,660,830	10.7%	2	2,468	15.6%	1	437,869	8
筋・骨格	874,100,390	8.6%	3	1,051	6.6%	3	831,684	5
狭心症	370,314,810	3.7%	4	539	3.4%	4	687,040	7
脳梗塞	266,650,580	2.6%	5	349	2.2%	5	764,042	6
脳出血	200,036,820	2.0%	6	226	1.4%	6	885,119	3
心筋梗塞	101,732,350	1.0%	7	61	0.4%	8	1,667,743	1
糖尿病	55,714,520	0.6%	8	145	0.9%	7	384,238	9
動脈硬化症	13,636,130	0.1%	9	11	0.1%	10	1,239,648	2
高血圧症	11,054,780	0.1%	10	38	0.2%	9	290,915	11
その他(上記以外のもの)	5,312,577,100	52.5%		8,753	55.4%		606,944	
合計	10,127,370,070			15,812			640,486	

出典: 国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

外来医療費でも「がん」が1位で構成比は16.0%ですが、2位は「筋・骨格」で8.4%となっています。(表17)

【表17】生活習慣病等疾病別医療費統計(外来)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
がん	2,498,470,560	16.0%	1	22,520	3.7%	6	110,945	1
筋・骨格	1,317,077,960	8.4%	2	65,341	10.7%	1	20,157	9
糖尿病	1,273,999,840	8.1%	3	41,696	6.8%	3	30,554	3
精神	777,399,090	5.0%	4	37,554	6.2%	5	20,701	6
高血圧症	662,387,420	4.2%	5	55,019	9.0%	2	12,039	12
脂質異常症	519,877,010	3.3%	6	41,389	6.8%	4	12,561	11
狭心症	108,443,140	0.7%	7	4,197	0.7%	7	25,838	4
脳梗塞	48,114,850	0.3%	8	2,358	0.4%	8	20,405	8
脂肪肝	17,909,070	0.1%	9	872	0.1%	10	20,538	7
高尿酸血症	14,014,090	0.1%	10	1,357	0.2%	9	10,327	13
その他(上記以外のもの)	8,422,588,900	53.8%		338,148	55.4%		24,908	
合計	15,660,281,930			610,451			25,654	

出典: 国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

入外合計医療費でも「がん」が1位で構成比は16.8%,2位は「筋・骨格」で8.5%となっています。(表18)

【表18】生活習慣病等疾病別医療費統計(入外合計)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
がん	4,339,362,320	16.8%	1	24,691	3.9%	6	175,747	3
筋・骨格	2,191,178,350	8.5%	2	66,392	10.6%	1	33,004	8
精神	1,858,059,920	7.2%	3	40,022	6.4%	5	46,426	6
糖尿病	1,329,714,360	5.2%	4	41,841	6.7%	3	31,780	9
高血圧症	673,442,200	2.6%	5	55,057	8.8%	2	12,232	12
脂質異常症	521,521,680	2.0%	6	41,398	6.6%	4	12,598	11
狭心症	478,757,950	1.9%	7	4,736	0.8%	7	101,089	5
脳梗塞	314,765,430	1.2%	8	2,707	0.4%	8	116,278	4
脳出血	203,008,180	0.8%	9	376	0.1%	12	539,915	1
心筋梗塞	111,636,210	0.4%	10	353	0.1%	13	316,250	2
その他(上記以外のもの)	13,766,205,400	53.4%		348,690	55.7%		39,480	
合計	25,787,652,000			626,263			41,177	

出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

## 2. 生活習慣病に関する分析

### (1) 生活習慣病患者の状況

被保険者数に対する各生活習慣病の割合を年度別にみると、全被保険者では「高血圧症」, 「脂質異常症」, 「糖尿病」の順に高く、いずれも令和2年度以降は上昇傾向にあります。(表19, 図19)

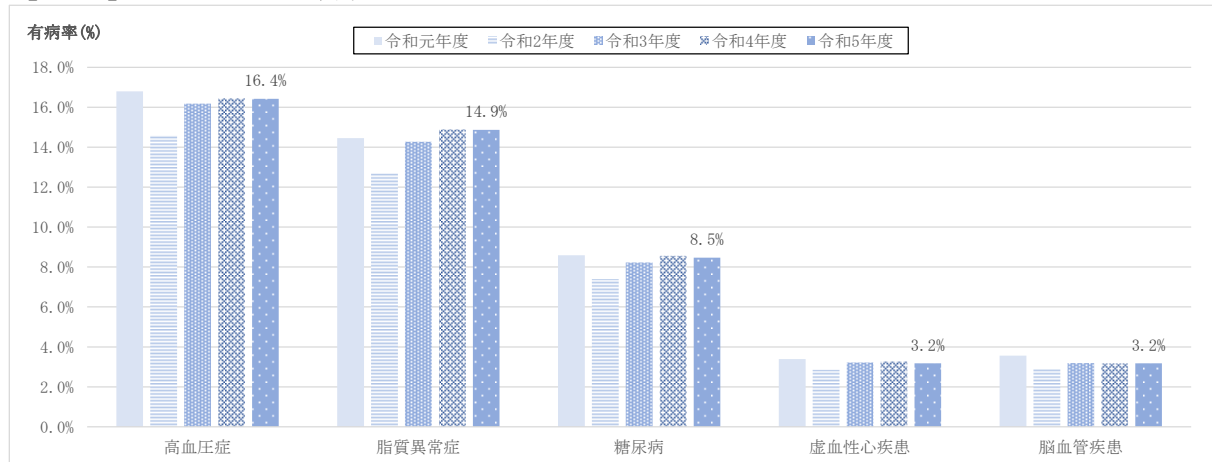
【表19】 年度別 生活習慣病のレセプト分析

生活習慣病	年齢	令和元年度				令和2年度				令和3年度			
		被保険者数(人)	レセプト件数(件)	人数(人)	割合(%)	被保険者数(人)	レセプト件数(件)	人数(人)	割合(%)	被保険者数(人)	レセプト件数(件)	人数(人)	割合(%)
		A1	B1	C1	C1/A1	A2	B2	C2	C2/A2	A3	B3	C3	C3/A3
糖尿病	全被保険者	91,382	56,670	7,848	8.6%	88,805	42,150	6,569	7.4%	88,156	49,855	7,250	8.2%
	40歳～74歳	67,313	48,796	7,736	11.5%	65,851	37,410	6,495	9.9%	65,864	43,290	7,136	10.8%
	65歳～74歳	39,663	34,503	6,003	15.1%	38,886	26,590	5,048	13.0%	39,016	30,833	5,507	14.1%
高血圧症	全被保険者	91,382	56,670	15,354	16.8%	88,805	42,150	12,941	14.6%	88,156	49,855	14,265	16.2%
	40歳～74歳	67,313	48,796	15,239	22.6%	65,851	37,410	12,846	19.5%	65,864	43,290	14,148	21.5%
	65歳～74歳	39,663	34,503	12,100	30.5%	38,886	26,590	10,216	26.3%	39,016	30,833	11,258	28.9%
虚血性心疾患	全被保険者	91,382	56,670	3,099	3.4%	88,805	42,150	2,538	2.9%	88,156	49,855	2,841	3.2%
	40歳～74歳	67,313	48,796	3,073	4.6%	65,851	37,410	2,523	3.8%	65,864	43,290	2,825	4.3%
	65歳～74歳	39,663	34,503	2,547	6.4%	38,886	26,590	2,092	5.4%	39,016	30,833	2,330	6.0%
脳血管疾患	全被保険者	91,382	56,670	3,253	3.6%	88,805	42,150	2,559	2.9%	88,156	49,855	2,813	3.2%
	40歳～74歳	67,313	48,796	3,232	4.8%	65,851	37,410	2,552	3.9%	65,864	43,290	2,795	4.2%
	65歳～74歳	39,663	34,503	2,628	6.6%	38,886	26,590	2,102	5.4%	39,016	30,833	2,313	5.9%
脂質異常症	全被保険者	91,382	56,670	13,209	14.5%	88,805	42,150	11,267	12.7%	88,156	49,855	12,585	14.3%
	40歳～74歳	67,313	48,796	13,049	19.4%	65,851	37,410	11,145	16.9%	65,864	43,290	12,424	18.9%
	65歳～74歳	39,663	34,503	10,307	26.0%	38,886	26,590	8,815	22.7%	39,016	30,833	9,772	25.0%

生活習慣病	年齢	令和4年度				令和5年度			
		被保険者数(人)	レセプト件数(件)	人数(人)	割合(%)	被保険者数(人)	レセプト件数(件)	人数(人)	割合(%)
		A4	B4	C4	C4/A4	A5	B5	C5	C5/A5
糖尿病	全被保険者	85,856	51,096	7,350	8.6%	81,887	51,186	6,933	8.5%
	40歳～74歳	64,132	44,134	7,254	11.3%	60,547	43,613	6,836	11.3%
	65歳～74歳	37,512	31,017	5,587	14.9%	34,511	29,917	5,165	15.0%
高血圧症	全被保険者	85,856	51,096	14,122	16.4%	81,887	51,186	13,448	16.4%
	40歳～74歳	64,132	44,134	14,016	21.9%	60,547	43,613	13,338	22.0%
	65歳～74歳	37,512	31,017	11,084	29.5%	34,511	29,917	10,358	30.0%
虚血性心疾患	全被保険者	85,856	51,096	2,805	3.3%	81,887	51,186	2,603	3.2%
	40歳～74歳	64,132	44,134	2,785	4.3%	60,547	43,613	2,585	4.3%
	65歳～74歳	37,512	31,017	2,283	6.1%	34,511	29,917	2,102	6.1%
脳血管疾患	全被保険者	85,856	51,096	2,720	3.2%	81,887	51,186	2,600	3.2%
	40歳～74歳	64,132	44,134	2,703	4.2%	60,547	43,613	2,583	4.3%
	65歳～74歳	37,512	31,017	2,198	5.9%	34,511	29,917	2,044	5.9%
脂質異常症	全被保険者	85,856	51,096	12,783	14.9%	81,887	51,186	12,174	14.9%
	40歳～74歳	64,132	44,134	12,625	19.7%	60,547	43,613	12,019	19.9%
	65歳～74歳	37,512	31,017	9,941	26.5%	34,511	29,917	9,300	26.9%

出典: 国保データベース (KDB) システム「生活習慣病全体のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

【図19】 年度別 生活習慣病の疾病別有病率



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

## (2) 透析患者の状況

透析患者の状況について分析を行いました。令和4年度における、透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合をみると、「被保険者に占める透析患者の割合」は県・同規模・国より低くなっています。(表20)

【表20】透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)

区分	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者の割合(%)
柏市	81,556	281	0.34%
県	1,233,735	4,896	0.40%
同規模	6,104,064	21,628	0.35%
国	24,660,500	86,890	0.35%

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

※透析患者数の差異について

<抽出方式>

表20 令和4年度:透析患者 281名 → 最大医療資源方式により、患者の傷病名を固定化

表21 令和4年度:透析患者 342名 → レセプトを基に分析結果を基に算出

<イメージ>

患者A 傷病:慢性腎不全(人工透析) 医療費 30万円/月

患者B 傷病:慢性腎不全(人工透析) 医療費 30万円/月, 肺がん 医療費 50万円/月

上記2名の患者の場合,表21に含まれるのは患者A,患者B

表20に含まれるのは患者Aのみになります(肺がんの医療費が最大値のため)

したがって,表20の患者数は,表21の患者数よりも少なく算出されています。

【表21】対象レセプト期間内で「透析」に関する診療行為が行われている患者数

透析療法の種類	透析患者数(人)
血液透析のみ	314
腹膜透析のみ	15
血液透析及び腹膜透析	13
透析患者合計	342

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む),入院外,調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)期間内に「血液透析」もしくは「腹膜透析」の診療行為がある患者を対象に集計。

現時点で資格喪失している被保険者についても集計する。緊急透析と思われる患者は除く。

【表22】 新規透析患者数

単位：人

透析に至った起因		A		B		Aにおいて透析患者ではなく、Bにおいて透析患者となった人数	
		令和3年4月～令和4年3月 診療分(12カ月分)	割合 (%)	令和4年4月～令和5年3月 診療分(12カ月分)	割合 (%)	新規透析患者	※1 ※2
①	糖尿病性腎症 II型糖尿病	220	66.1%	227	66.4%		49
②	腎硬化症 本態性高血圧	19	5.7%	21	6.1%		4
③	その他の腎疾患 ※	20	6.0%	19	5.6%		6
④	起因が特定できない患者 ※	74	22.2%	75	21.9%		6
透析患者合計		333		342			65

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む), 入院外, 調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和3年4月～令和5年3月診療分(24カ月分)。

データ化範囲(分析対象)期間内に「血液透析」もしくは「腹膜透析」の診療行為がある患者を対象に集計。

現時点で資格喪失している被保険者についても集計する。緊急透析と思われる患者は除く。

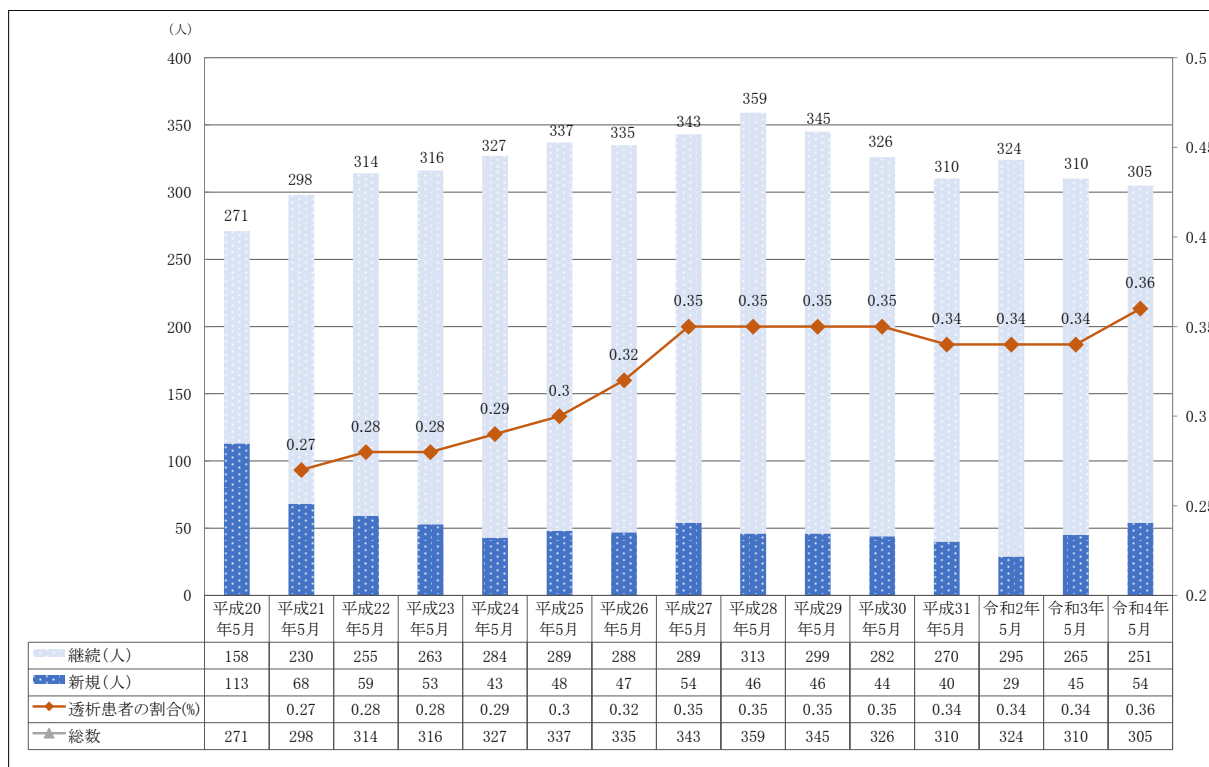
※1 新規透析患者の定義…Aの期間に透析患者ではなく、Bの期間に透析患者となった患者。

※2 Aの期間とBの期間で起因となる傷病名が違う場合、該当の欄に集計される。そのため、B-Aは一致しない場合がある。

※③その他の腎疾患…「糖尿病性腎症 I型糖尿病」, 「糸球体腎炎」, 「腎硬化症 その他」

※④起因が特定できない患者…①～⑦の傷病名組み合わせに該当しない患者。

【図20】 年度別 透析患者数



※各年5月末時点の特定疾病登録者数

(慢性腎不全) 新規登録者は、各年6月～翌年5月に新規登録した者で、新規加入者も含まれます。

人工透析患者342人を対象に、医療費を分析しました。令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)での患者一人当たりの医療費平均は556万円程度、このうち透析関連の医療費が518万円程度、透析関連以外の医療費が38万円程度となっています。(表23)

【表23】透析患者の医療費

透析患者の起因	透析患者数(人)	割合(%)	医療費(円)			医療費(円) 【一人当たり】			医療費(円) 【一人当たりひと月当たり】		
			透析関連	透析関連以外	合計	透析関連	透析関連以外	合計	透析関連	透析関連以外	合計
① 糖尿病性腎症 II型糖尿病	227	66.4%	1,236,874,390	98,742,090	1,335,616,480	5,448,786	434,987	5,883,773	454,065	36,249	490,314
② 腎硬化症 本態性高血圧	21	6.1%	105,704,890	4,961,800	110,666,690	5,033,566	236,276	5,269,842	419,464	19,690	439,154
③ その他の腎疾患 ※	19	5.6%	92,458,960	7,371,590	99,830,550	14,569,601	1,494,311	16,063,912	1,214,133	124,526	1,338,659
④ 起因が特定できない患者 ※	75	21.9%	336,302,510	19,455,620	355,758,130	4,484,033	259,408	4,743,442	373,669	21,617	395,287
透析患者全体	342		1,771,340,750	130,531,100	1,901,871,850						
患者一人当たり医療費平均			5,179,359	381,670	5,561,029						
患者一人当たりひと月当たり医療費平均			431,613	31,806	463,419						

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)期間内に「血液透析」もしくは「腹膜透析」の診療行為がある患者を対象に集計。

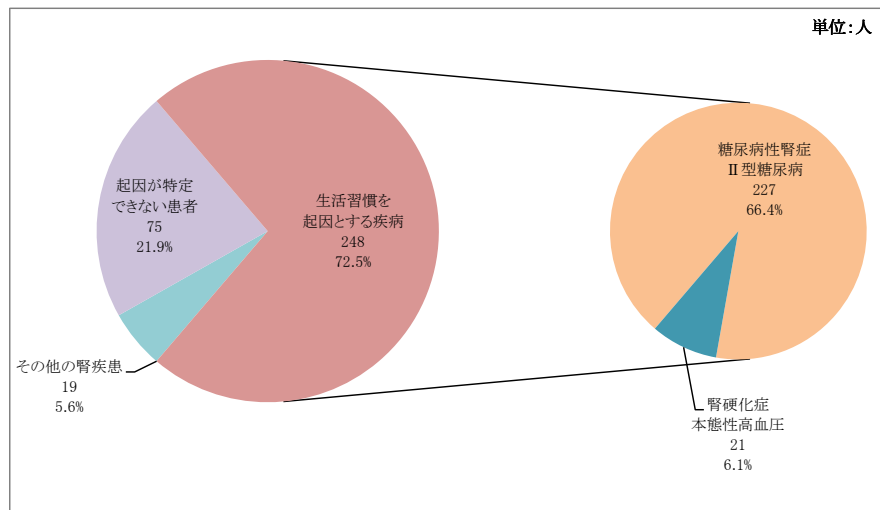
現時点で資格喪失している被保険者についても集計する。緊急透析と思われる患者は除く。

※③その他の腎疾患…「糖尿病性腎症 I型糖尿病」、「糸球体腎炎」、「腎硬化症 その他」

※④起因が特定できない患者…①～⑦の傷病名組み合わせに該当しない患者。

人工透析患者の起因としては、糖尿病性腎症が最も多く66.4%を占めています。(図21)

【図21】透析患者の起因



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)期間内に「血液透析」もしくは「腹膜透析」の診療行為がある患者を対象に集計。

現時点で資格喪失している被保険者についても集計する。緊急透析と思われる患者は除く。

※割合…小数第2位で四捨五入しているため、合計が100%にならない場合がある。



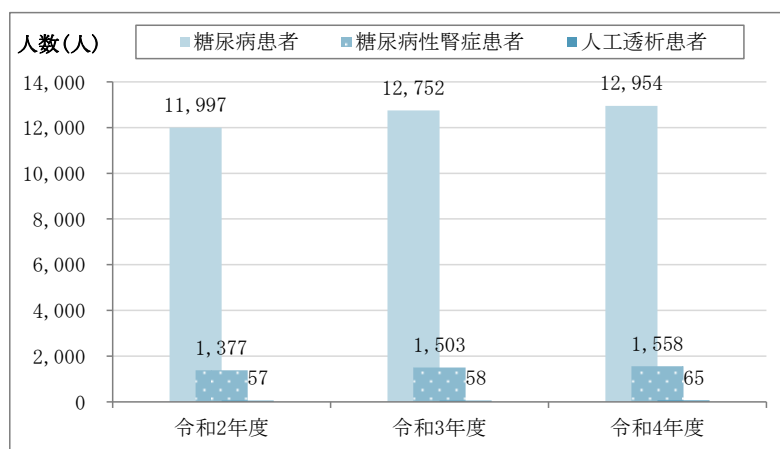
### (3) 糖尿病患者における糖尿病性腎症の状況

糖尿病患者における糖尿病性腎症の状況をみると、令和4年度では糖尿病患者のうち糖尿病性腎症に罹患している患者の割合は12.0%、さらにそのうち人工透析を受けている患者の割合は0.5%となっています。また、令和2年度から令和4年度の推移をみると、糖尿病性腎症に罹患している患者の割合は上昇傾向にあります。(表24, 図22, 図23)

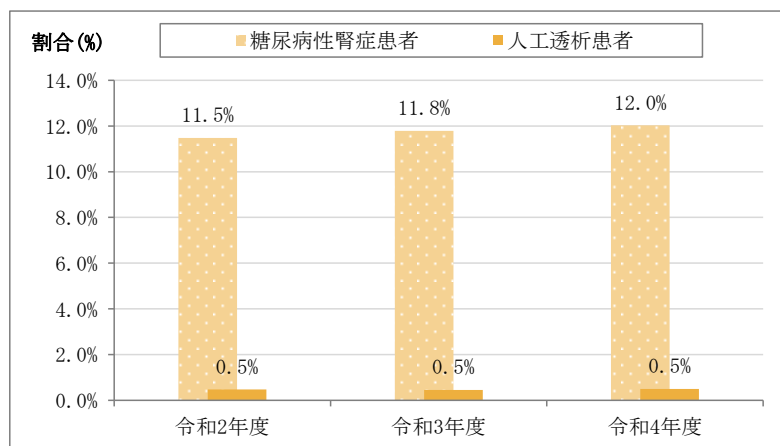
【表24】 糖尿病患者における糖尿病性腎症罹患状況

	糖尿病 患者数(人)	糖尿病患者のうち 糖尿病性腎症患者			
		そのうち、人工透析患者			
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
令和2年度	11,997	1,377	11.5%	57	0.5%
令和3年度	12,752	1,503	11.8%	58	0.5%
令和4年度	12,954	1,558	12.0%	65	0.5%

【図22】 糖尿病患者における糖尿病性腎症患者数及び人工透析患者数



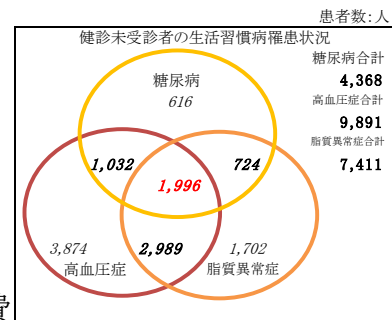
【図23】 糖尿病患者における糖尿病性腎症患者及び人工透析患者の割合



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む),入院外,調剤の電子レセプト。対象診療年月は令和2年4月~令和5年3月診療分(36カ月分)。  
 資格確認日…各年度,1日でも資格があれば分析対象としている。  
 糖尿病性腎症…ICD-10のE102, E112, E122, E132, E142を集計。  
 レセプトに確定病名の記載がある者を患者として集計。  
 「血液透析」もしくは「腹膜透析」の診療行為がある患者を人工透析患者として集計。  
 現時点で資格喪失している被保険者についても集計する。緊急透析と思われる患者は除く。  
 割合…糖尿病患者数に占める割合。

### 3. 生活習慣病患者の健康診査受診状況別罹患状況と医療費

生活習慣病患者のうち健診未受診者の罹患状況と医療費、生活習慣病患者のうち健診受診者の罹患状況と医療費を比べると、一人当たり医療費の全ての合計では健診未受診者の方が約2倍高く、糖尿病・高血圧症の2疾病併存患者と高血圧症のみの患者については約2.2倍高くなっています。(表25, 表26)



【表25】生活習慣病患者のうち健診未受診者の罹患状況と医療費

罹患状況 (投薬のある患者)	患者数(人) ※	医療費(円) ※		医療費合計 (円)	一人当たり 医療費(円)	
		入院	入院外			
<b>3疾病併存患者</b>	<b>合計</b>	1,996	652,257,210	1,121,820,010	1,774,077,220	888,816
<b>2疾病併存患者</b>	糖尿病・高血圧症	1,032	402,422,730	629,988,970	1,032,411,700	1,000,399
	糖尿病・脂質異常症	724	112,610,740	337,298,290	449,909,030	621,421
	高血圧症・脂質異常症	2,989	786,263,140	1,114,867,740	1,901,130,880	636,042
	<b>合計</b>	4,745	1,301,296,610	2,082,155,000	3,383,451,610	713,056
<b>1疾病患者</b>	糖尿病	616	185,745,450	254,448,030	440,193,480	714,600
	高血圧症	3,874	1,113,020,260	1,599,600,790	2,712,621,050	700,212
	脂質異常症	1,702	266,229,450	533,168,120	799,397,570	469,681
	<b>合計</b>	6,192	1,564,995,160	2,387,216,940	3,952,212,100	638,277
<b>全ての合計</b>		12,933	3,518,548,980	5,591,191,950	9,109,740,930	704,380

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む), 入院外, 調剤の電子レセプト。

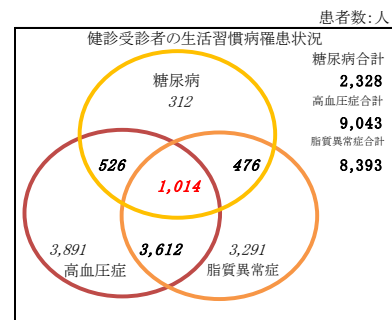
対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※患者数…該当傷病名で投薬のある患者のみ集計する。

※医療費…データ化範囲内における該当患者の医療費全体。生活習慣病に関する医療費に限らない。



【表26】生活習慣病患者のうち健診受診者の罹患状況と医療費

罹患状況 (投薬のある患者)	患者数(人) ※	医療費(円) ※		医療費合計 (円)	一人当たり 医療費(円)	
		入院	入院外			
<b>3疾病併存患者</b>	<b>合計</b>	1,014	111,873,590	383,626,860	495,500,450	488,659
<b>2疾病併存患者</b>	糖尿病・高血圧症	526	39,718,880	195,701,070	235,419,950	447,566
	糖尿病・脂質異常症	476	37,241,760	158,643,270	195,885,030	411,523
	高血圧症・脂質異常症	3,612	365,987,290	905,215,400	1,271,202,690	351,939
	<b>合計</b>	4,614	442,947,930	1,259,559,740	1,702,507,670	368,987
<b>1疾病患者</b>	糖尿病	312	33,997,060	115,831,210	149,828,270	480,219
	高血圧症	3,891	393,168,500	873,647,080	1,266,815,580	325,576
	脂質異常症	3,291	194,175,220	676,242,800	870,418,020	264,484
	<b>合計</b>	7,494	621,340,780	1,665,721,090	2,287,061,870	305,186
<b>全ての合計</b>		13,122	1,176,162,300	3,308,907,690	4,485,069,990	341,798

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む), 入院外, 調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※患者数…該当傷病名で投薬のある患者のみ集計する。

※医療費…データ化範囲内における該当患者の医療費全体。生活習慣病に関する医療費に限らない。

## 4. 介護保険の状況

### (1) 要介護(支援)認定状況

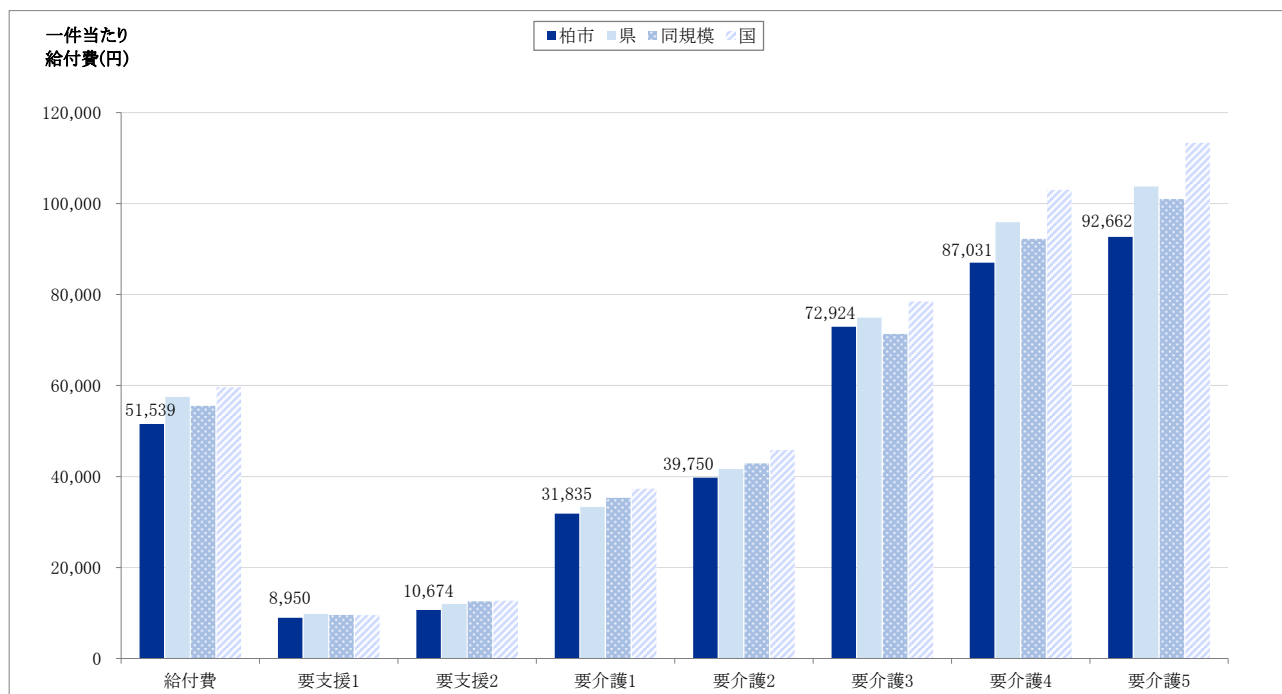
令和4年度における、要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況をみると、認定率は県・同規模・国より低く、一件当たり給付費は全ての段階で県・国より低くなっています。(表27, 図24)

【表27】 要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況(令和4年度)

区分	柏市	県	同規模	国
認定率	<b>17.0%</b>	17.9%	20.5%	19.4%
認定者数(人)	<b>19,564</b>	313,868	1,744,647	6,880,137
第1号(65歳以上)	<b>19,049</b>	305,021	1,702,783	6,724,030
第2号(40～64歳)	<b>515</b>	8,847	41,864	156,107
一件当たり給付費(円)				
給付費	<b>51,539</b>	57,498	55,521	59,662
要支援1	<b>8,950</b>	9,809	9,547	9,568
要支援2	<b>10,674</b>	11,999	12,550	12,723
要介護1	<b>31,835</b>	33,334	35,290	37,331
要介護2	<b>39,750</b>	41,648	42,888	45,837
要介護3	<b>72,924</b>	74,938	71,337	78,504
要介護4	<b>87,031</b>	95,894	92,237	103,025
要介護5	<b>92,662</b>	103,755	101,015	113,314

出典: 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

【図24】 要介護度別 一件当たり介護給付費(令和4年度)



出典: 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

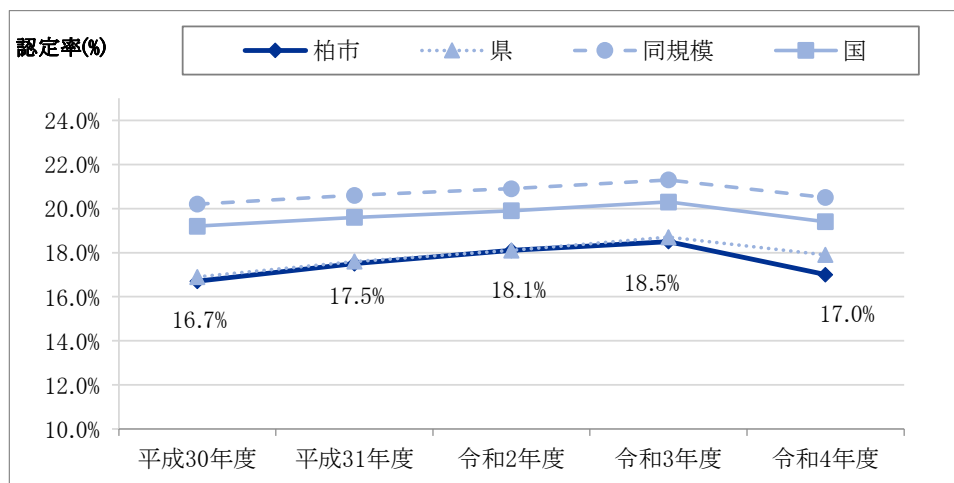
平成30年度から令和4年度における、要介護(支援)認定率及び認定者数をみると、令和4年度の認定率は17.0%で平成30年度の16.7%より0.3ポイント増加しており、令和4年度の認定者数は19,564人で平成30年度の17,439人より2,125人増加しています。(表28、図25)

【表28】 年度別 要介護(支援)認定率及び認定者数

区分		認定率	認定者数(人)		
			第1号 (65歳以上)	第2号 (40歳～64歳)	
柏市	平成30年度	16.7%	17,439	16,939	500
	平成31年度	17.5%	18,366	17,875	491
	令和2年度	18.1%	18,715	18,203	512
	令和3年度	18.5%	18,975	18,451	524
	令和4年度	17.0%	19,564	19,049	515
県	平成30年度	16.9%	280,374	272,187	8,187
	平成31年度	17.6%	294,633	286,207	8,426
	令和2年度	18.1%	300,689	292,128	8,561
	令和3年度	18.7%	308,363	299,625	8,738
	令和4年度	17.9%	313,868	305,021	8,847
同規模	平成30年度	20.2%	1,413,160	1,378,220	34,940
	平成31年度	20.6%	1,545,889	1,508,355	37,534
	令和2年度	20.9%	1,644,036	1,604,385	39,651
	令和3年度	21.3%	1,700,291	1,659,536	40,755
	令和4年度	20.5%	1,744,647	1,702,783	41,864
国	平成30年度	19.2%	6,482,704	6,329,312	153,392
	平成31年度	19.6%	6,620,276	6,467,463	152,813
	令和2年度	19.9%	6,750,178	6,595,095	155,083
	令和3年度	20.3%	6,837,233	6,681,504	155,729
	令和4年度	19.4%	6,880,137	6,724,030	156,107

出典: 国保データベース (KDB) システム 「地域の全体像の把握」

【図25】 年度別 要介護(支援)認定率



出典: 国保データベース (KDB) システム 「地域の全体像の把握」

## (2) 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

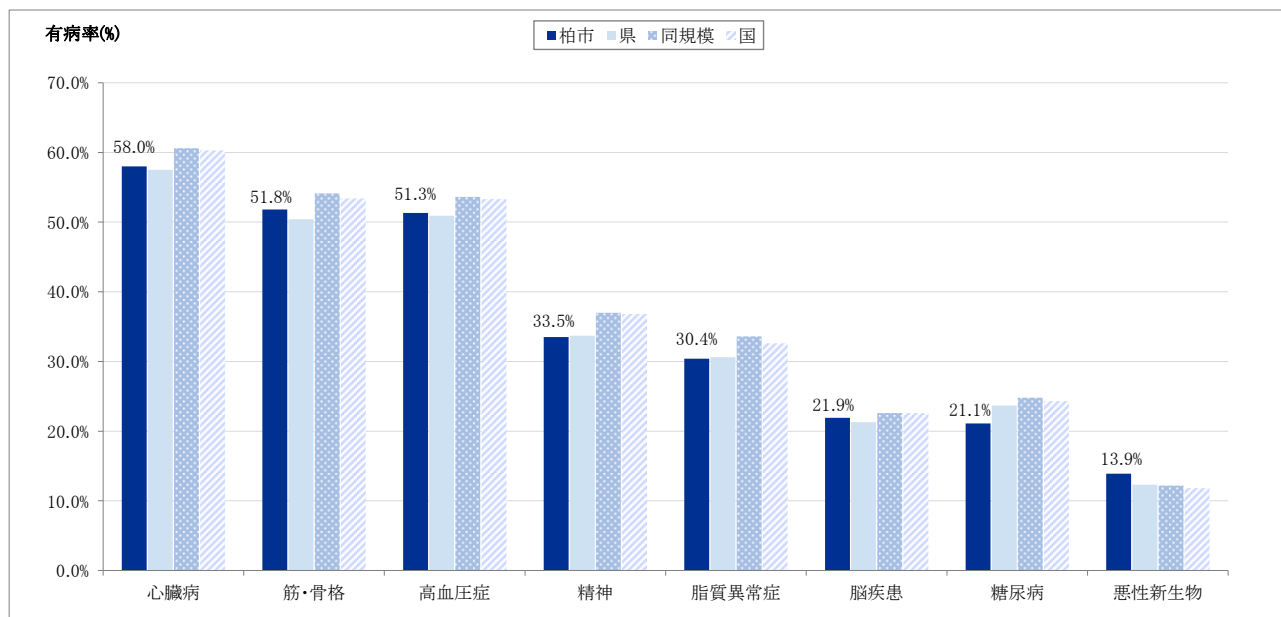
令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率をみると、疾病別の有病者数の合計は56,169人となり、これを認定者数の実数で割ると2.9となることから、認定者は平均2.9疾病を有していることがわかります。(表29、図26)

【表29】 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況(令和4年度)※各項目毎に上位5疾病を 網掛け 表示する。

区分	柏市	順位	県	順位	同規模	順位	国	順位
認定者数(人)	19,564		313,868		1,744,647		6,880,137	
心臓病	実人数(人)	11,523	183,644	1	1,076,085	1	4,224,628	1
	有病率	58.0%	57.5%		60.6%		60.3%	
筋・骨格	実人数(人)	10,418	161,565	3	961,876	2	3,748,372	2
	有病率	51.8%	50.4%		54.1%		53.4%	
高血圧症	実人数(人)	10,176	162,974	2	952,945	3	3,744,672	3
	有病率	51.3%	50.9%		53.6%		53.3%	
精神	実人数(人)	6,657	107,379	4	653,718	4	2,569,149	4
	有病率	33.5%	33.7%		37.0%		36.8%	
脂質異常症	実人数(人)	6,129	98,834	5	602,481	5	2,308,216	5
	有病率	30.4%	30.6%		33.6%		32.6%	
脳疾患	実人数(人)	4,278	67,100	7	396,610	7	1,568,292	7
	有病率	21.9%	21.3%		22.6%		22.6%	
糖尿病	実人数(人)	4,222	76,084	6	443,953	6	1,712,613	6
	有病率	21.1%	23.7%		24.8%		24.3%	
悪性新生物	実人数(人)	2,766	39,603	8	219,003	8	837,410	8
	有病率	13.9%	12.3%		12.2%		11.8%	

出典: 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

【図26】 要介護(支援)認定者の疾病別有病率(令和4年度)



出典: 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

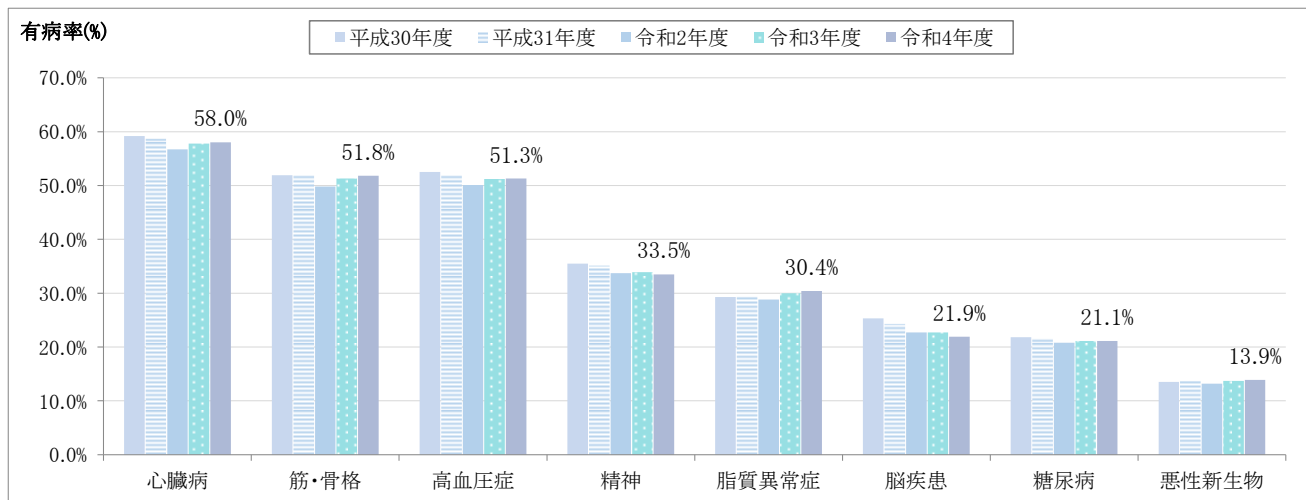
平成30年度から令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率をみると、上位3疾患は、「心臓病」、「筋・骨格」、「高血圧症」です。令和4年度と平成30年度の順位を比べると、「筋・骨格」が3位から2位に上昇しています。(表30、図27)

【表30】 年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況 ※各項目毎に上位5疾病を **網掛け** 表示する。

区分	柏市										
	平成30年度	順位	平成31年度	順位	令和2年度	順位	令和3年度	順位	令和4年度	順位	
認定者数(人)	17,439		18,366		18,715		18,975		19,564		
心臓病	実人数(人)	10,278	1	10,555	1	10,902	1	11,019	1	11,523	1
	有病率(%)	59.2%		58.7%		56.7%		57.8%		58.0%	
筋・骨格	実人数(人)	9,066	3	9,356	2	9,601	3	9,780	3	10,418	2
	有病率(%)	51.9%		51.9%		49.8%		51.3%		51.8%	
高血圧症	実人数(人)	9,101	2	9,342	3	9,647	2	9,800	2	10,176	3
	有病率(%)	52.5%		51.9%		50.1%		51.2%		51.3%	
精神	実人数(人)	6,216	4	6,223	4	6,450	4	6,411	4	6,657	4
	有病率(%)	35.5%		35.1%		33.7%		33.9%		33.5%	
脂質異常症	実人数(人)	5,074	5	5,313	5	5,650	5	5,702	5	6,129	5
	有病率(%)	29.3%		29.4%		28.8%		30.0%		30.4%	
脳疾患	実人数(人)	4,340	6	4,281	6	4,329	6	4,270	6	4,278	6
	有病率(%)	25.3%		24.3%		22.7%		22.7%		21.9%	
糖尿病	実人数(人)	3,803	7	3,977	7	3,967	7	3,999	7	4,222	7
	有病率(%)	21.8%		21.6%		20.8%		21.1%		21.1%	
悪性新生物	実人数(人)	2,410	8	2,492	8	2,608	8	2,629	8	2,766	8
	有病率(%)	13.5%		13.7%		13.2%		13.7%		13.9%	

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

【図27】 年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

### (3) 認知症に係る分析

高齢者と介護予防の一体的実施事業に伴い、第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）では、要介護状況に加え、認知症の状況について分析しました。

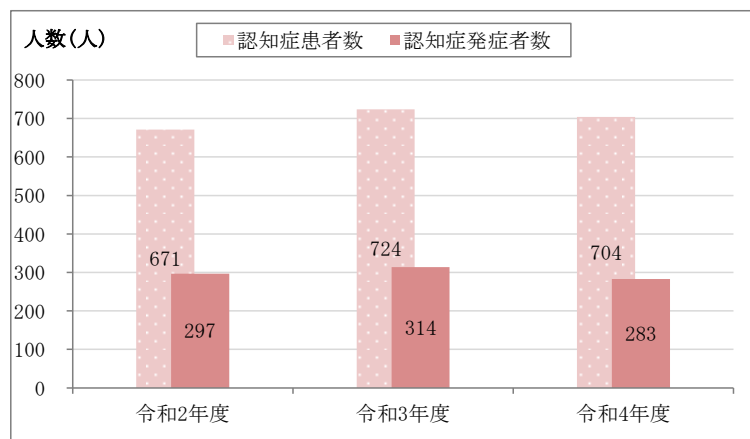
#### ① 認知症患者数の推移

40歳以上の被保険者を対象として、認知症の状況をみると、令和4年度の認知症患者数は704人、有病率は1.0%となっています。令和4年度を令和2年度と比較すると、認知症患者数は令和2年度の671人より33人増加しており、有病率は令和2年度の1.0%と同程度となっています。（表31、図28、図29）

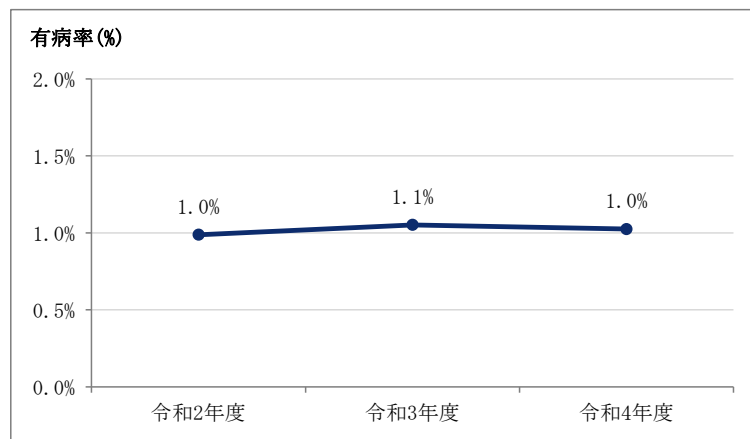
【表31】 認知症患者数の推移

	被保険者数 (人)	認知症患者数 (人)	当該年度の	
			発症者数(人)	有病率(%)
令和2年度	67,960	671	297	1.0%
令和3年度	68,857	724	314	1.1%
令和4年度	68,684	704	283	1.0%

【図28】 認知症患者数の推移



【図29】 認知症有病率の推移



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。対象年齢は40歳以上。

対象診療年月は令和2年4月～令和5年3月診療分(36カ月分)。

資格確認日…各年度、1日でも資格があれば分析対象としている。

認知症…ICD-10の名称に「認知症」と記載があるもの(ICD-10-1及びICD-10-2 F00, F01, F02, F03)を集計。

発症者数…レセプトに記載されている診療開始年月により判定。

株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

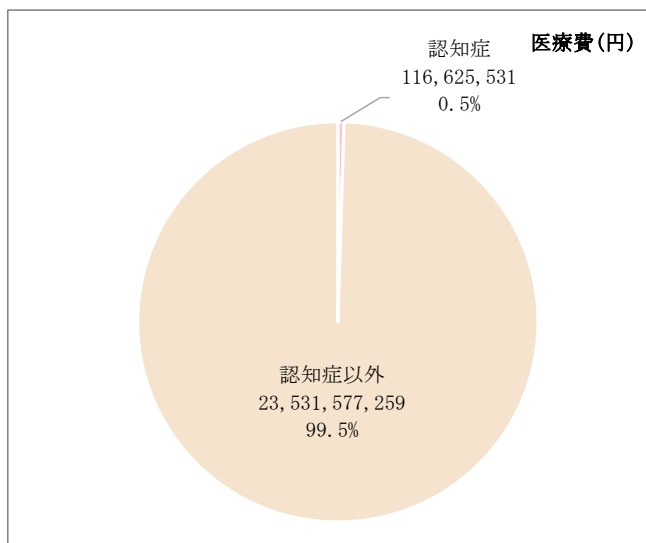
## ②認知症と認知症以外の医療費

令和4年度の認知症と認知症以外の医療費をみると、認知症医療費は1億1,663万円で、総医療費に占める割合は0.5%となっています。診療種別の医療費構成比は入院医療費の割合が82.8%、入院外医療費の割合が17.2%です。(表32、図30、図31)

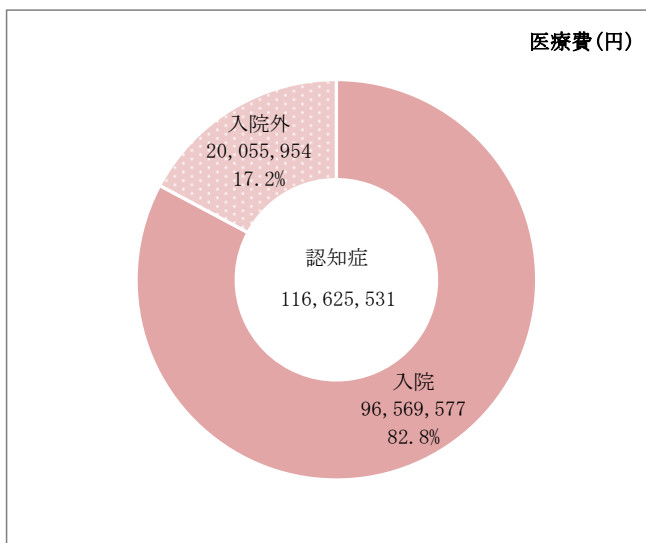
【表32】 認知症と認知症以外の医療費

	入院(円)	構成比(%)	入院外(円)	構成比(%)	診療種別計(円)	構成比(%)
認知症	96,569,577	1.0%	20,055,954	0.1%	116,625,531	0.5%
認知症以外	9,378,489,743	99.0%	14,153,087,516	99.9%	23,531,577,259	99.5%
合計	9,475,059,320		14,173,143,470		23,648,202,790	

【図30】 認知症と認知症以外の医療費



【図31】 診療種別 医療費構成比



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。対象年齢は40歳以上。  
対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

認知症…ICD-10の名称に「認知症」と記載があるもの(ICD-10-1及びICD-10-2 F00, F01, F02, F03)を集計。

株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。



### ③年齢階層別認知症医療費及び有病率

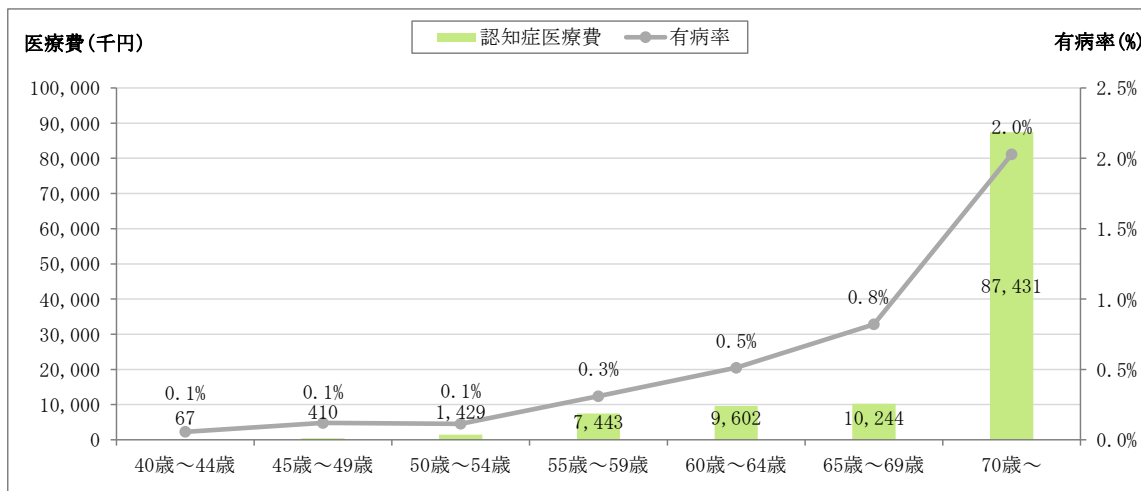
年齢階層別の認知症患者の状況をみると、認知症有病率は70歳以上が2.0%と最も高く、認知症医療費は8,743万737円となっています。また、患者一人当たりの認知症医療費は全体で16万5,661円となっており、55歳～59歳で最も高く43万7,827円となっています。

(表33, 図32)

【表33】年齢階層別 認知症医療費及び有病率

	有病率(%)	医療費※			患者一人当たりの認知症医療費(円)
		認知症医療費(円)	認知症以外の医療費(円)	医療費計(円)	
40歳～44歳	0.1%	66,508	5,141,612	5,208,120	22,169
45歳～49歳	0.1%	410,034	11,042,846	11,452,880	58,576
50歳～54歳	0.1%	1,428,502	8,583,078	10,011,580	204,072
55歳～59歳	0.3%	7,443,058	41,144,432	48,587,490	437,827
60歳～64歳	0.5%	9,602,296	44,688,044	54,290,340	274,351
65歳～69歳	0.8%	10,244,396	143,070,544	153,314,940	95,742
70歳～	2.0%	87,430,737	682,944,423	770,375,160	165,589
合計	1.0%	116,625,531	936,614,979	1,053,240,510	165,661

【図32】年齢階層別 認知症医療費及び有病率



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。対象年齢は40歳以上。  
対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※医療費…認知症患者に係る医療費。

認知症…ICD-10の名称に「認知症」と記載があるもの(ICD-10-1及びICD-10-2 F00, F01, F02, F03)を集計。

株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

男女別の状況をみると、男性の認知症有病率は1.1%、認知症医療費は4,792万3,812円、患者一人当たりの認知症医療費は14万4,785円です。女性の認知症有病率は1.0%、認知症医療費は6,870万1,719円、患者一人当たりの認知症医療費は18万4,187円です。年齢階層別にみると、認知症有病率は男女ともに70歳以上で最も高く、患者一人当たりの認知症医療費は男性が50歳～54歳、女性が55歳～59歳で最も高くなっています。

(表34, 表35, 図33)

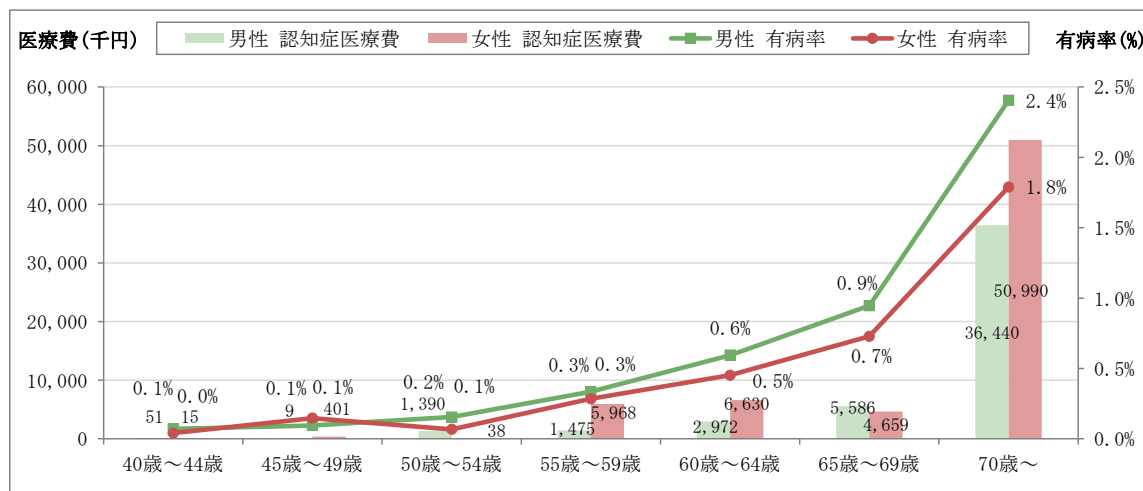
【表34】 年齢階層別 認知症医療費及び有病率(男性)

	有病率(%)	医療費※			患者一人当たりの認知症医療費(円)
		認知症医療費(円)	認知症以外の医療費(円)	医療費計(円)	
40歳～44歳	0.1%	51,209	4,707,641	4,758,850	25,605
45歳～49歳	0.1%	8,881	6,086,349	6,095,230	2,960
50歳～54歳	0.2%	1,390,052	8,459,208	9,849,260	278,010
55歳～59歳	0.3%	1,475,482	32,002,068	33,477,550	163,942
60歳～64歳	0.6%	2,971,933	29,358,617	32,330,550	174,820
65歳～69歳	0.9%	5,585,807	82,490,833	88,076,640	107,419
70歳～	2.4%	36,440,448	364,702,612	401,143,060	149,961
合計	1.1%	47,923,812	527,807,328	575,731,140	144,785

【表35】 年齢階層別 認知症医療費及び有病率(女性)

	有病率(%)	医療費※			患者一人当たりの認知症医療費(円)
		認知症医療費(円)	認知症以外の医療費(円)	医療費計(円)	
40歳～44歳	0.0%	15,299	433,971	449,270	15,299
45歳～49歳	0.1%	401,153	4,956,497	5,357,650	100,288
50歳～54歳	0.1%	38,450	123,870	162,320	19,225
55歳～59歳	0.3%	5,967,576	9,142,364	15,109,940	745,947
60歳～64歳	0.5%	6,630,363	15,329,427	21,959,790	368,354
65歳～69歳	0.7%	4,658,589	60,579,711	65,238,300	84,702
70歳～	1.8%	50,990,289	318,241,811	369,232,100	178,913
合計	1.0%	68,701,719	408,807,651	477,509,370	184,187

【図33】 男女年齢階層別 認知症医療費及び有病率



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む),入院外,調剤の電子レセプト。対象年齢は40歳以上。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※医療費…認知症患者に係る医療費。

認知症…ICD-10の名称に「認知症」と記載があるもの(ICD-10-1及びICD-10-2 F00,F01,F02,F03)を集計。

株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

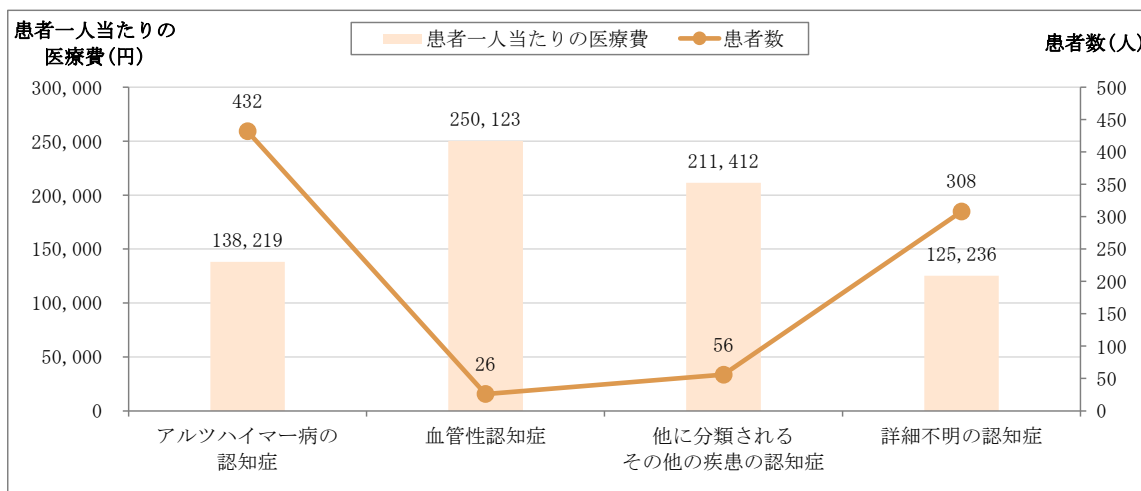
#### ④疾病別認知症患者数及び医療費

認知症の疾病別患者数等をみると、患者数が最も多い疾病はアルツハイマー病の認知症で432人となっており、認知症患者に占める割合は61.4%です。患者一人当たりの医療費が最も高い疾病は血管性認知症で250,123円となっています。(表36, 図34)

【表36】 疾病別 認知症患者数及び医療費

	患者数(人)	認知症患者に占める割合(%)	医療費(円)	患者一人当たりの医療費(円)
認知症	704	-	116,625,531	165,661
F00 アルツハイマー病の認知症	432	61.4%	59,710,466	138,219
F01 血管性認知症	26	3.7%	6,503,187	250,123
F02 他に分類されるその他の疾患の認知症	56	8.0%	11,839,075	211,412
F03 詳細不明の認知症	308	43.8%	38,572,803	125,236

【図34】 疾病別 患者一人当たりの医療費及び患者数



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む), 入院外, 調剤の電子レセプト。対象年齢は40歳以上。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

認知症…ICD-10の名称に「認知症」と記載があるもの(ICD-10-1及びICD-10-2 F00, F01, F02, F03)を集計。

株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

### ⑤認知症患者の生活習慣病罹患状況

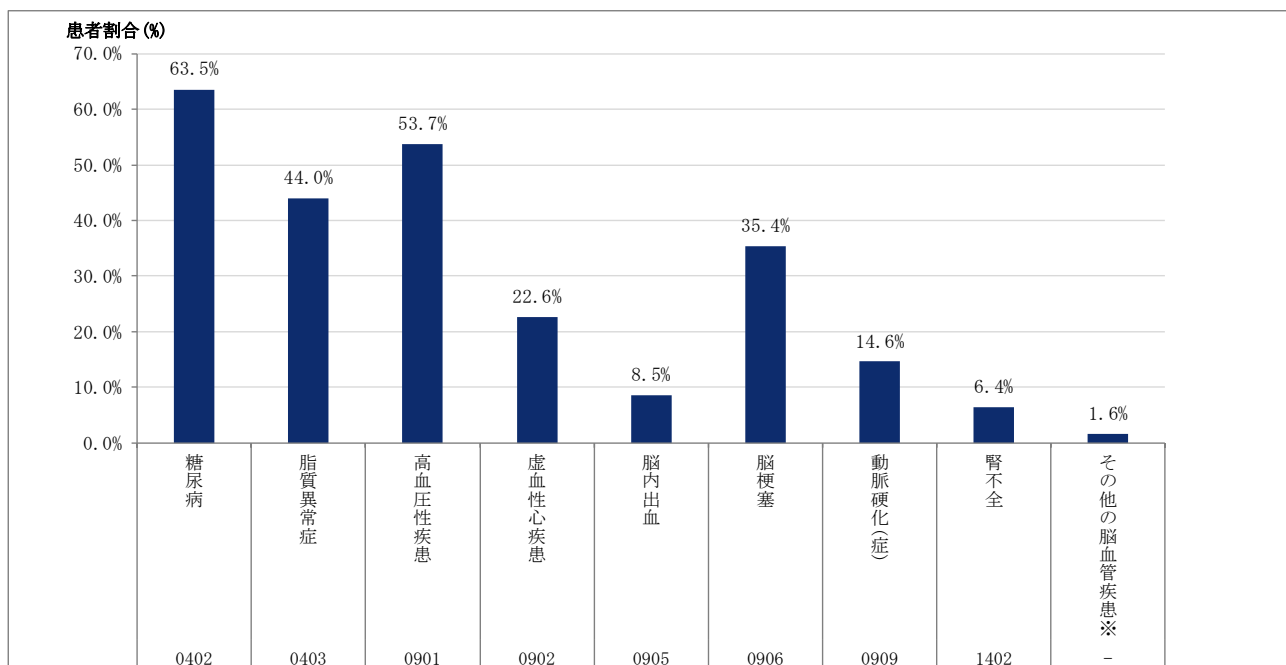
認知症患者の生活習慣病罹患状況をみると、疾病別患者数は糖尿病が最も多く447人で、認知症患者に占める割合は63.5%となっています。次いで、高血圧性疾患、脂質異常症の順となっています。（表37、図35）

【表37】 認知症患者の生活習慣病罹患状況

認知症患者数(人)		704	
疾病分類(中分類)	患者数(人)	患者割合(%)	
0402	糖尿病	447	63.5%
0403	脂質異常症	310	44.0%
0901	高血圧性疾患	378	53.7%
0902	虚血性心疾患	159	22.6%
0905	脳内出血	60	8.5%
0906	脳梗塞	249	35.4%
0909	動脈硬化(症)	103	14.6%
1402	腎不全	45	6.4%
-	その他の脳血管疾患※	11	1.6%
合計		612	86.9%

※その他の脳血管疾患…くも膜下出血,脳動脈硬化症等

【図35】 認知症患者の生活習慣病罹患状況



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む),入院外,調剤の電子レセプト。対象年齢は40歳以上。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

認知症…ICD-10の名称に「認知症」と記載があるもの(ICD-10-1及びICD-10-2 F00, F01, F02, F03)を集計。

生活習慣病…中分類 0402 糖尿病, 0403 脂質異常症, 0901 高血圧性疾患, 0902 虚血性心疾患, 0904 くも膜下出血, 0905 脳内出血,

0906 脳梗塞, 0907 脳動脈硬化(症), 0909 動脈硬化(症), 1402 腎不全を集計している。

※その他の脳血管疾患…くも膜下出血,脳動脈硬化症等

株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

## 5. 特定健康診査

### (1) 特定健康診査受診状況

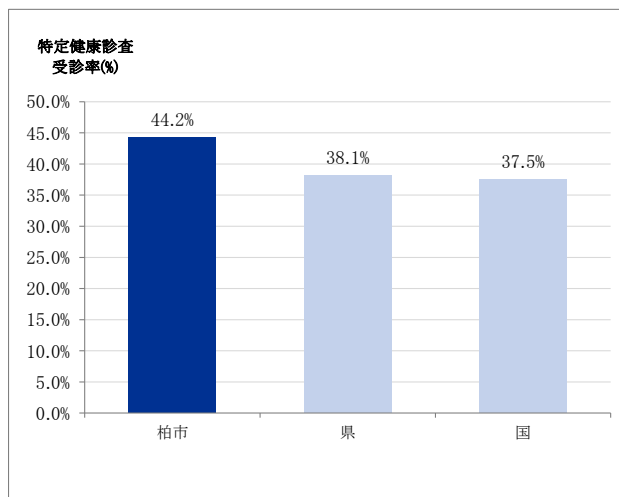
令和4年度における、特定健康診査受診率をみると、県より6.1ポイント、国より6.7ポイント高くなっています。(表38, 図36)また、年齢別特定健康診査受診率を見ると、男性は59歳以下、女性は44歳以下では30%を下回っており、男性は70歳～74歳で、女性は65歳～74歳で50%を上回っています。(図37, 図38)

【表38】 特定健康診査受診率(令和4年度)

区分	特定健康診査受診率
柏市	44.2%
県	38.1%
国	37.5%

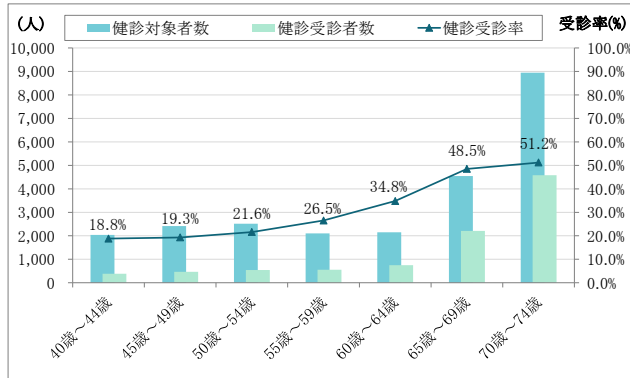
出典:法定報告値(国の数値は速報値を使用)

【図36】 特定健康診査受診率(令和4年度)



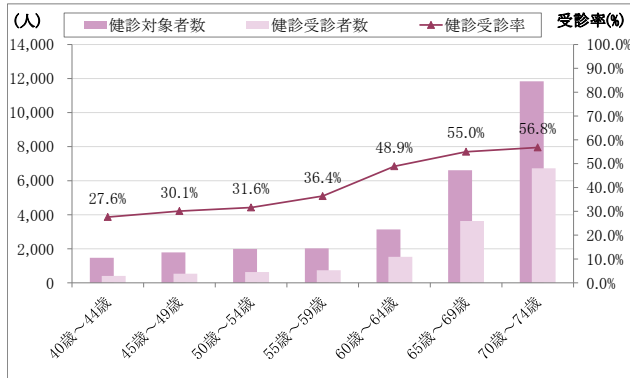
出典:法定報告値(国の数値は速報値を使用)

【図37】 (男性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)

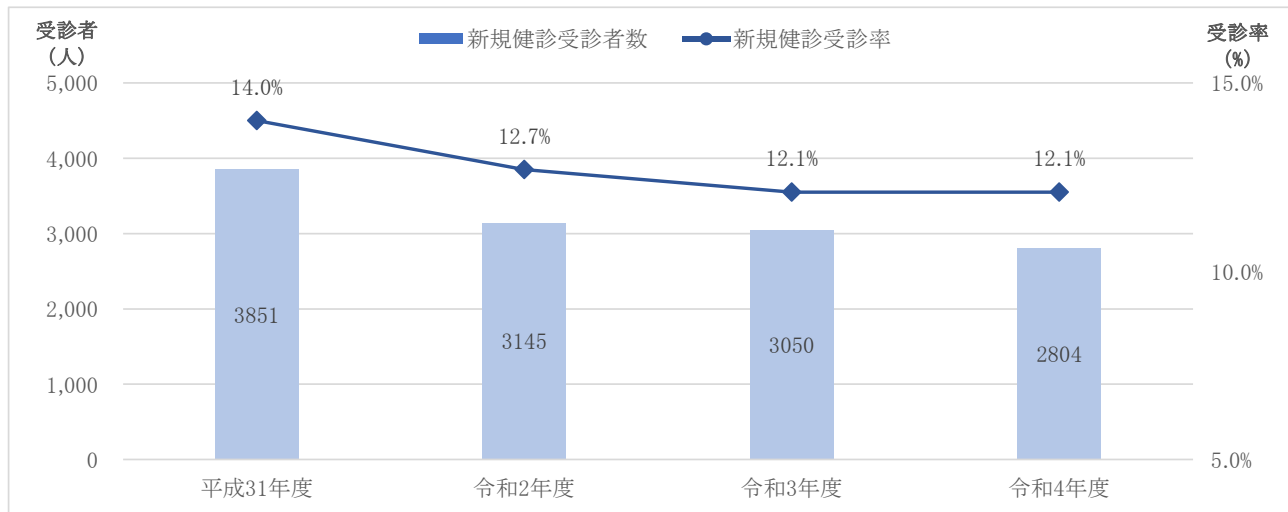


出典:法定報告値

【図38】 (女性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)

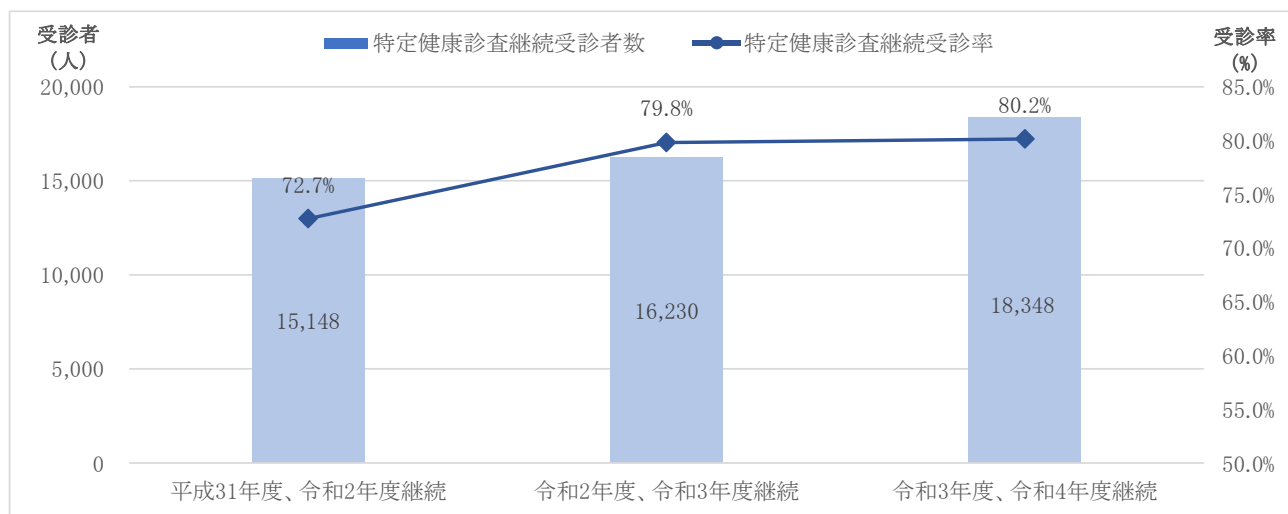


【図39】 年度別 新規特定健康診査受診者の受診率



出典: 国保データベース (KDB) システム「被保険者管理台帳」

【図40】 年度別 特定健康診査継続受診率



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

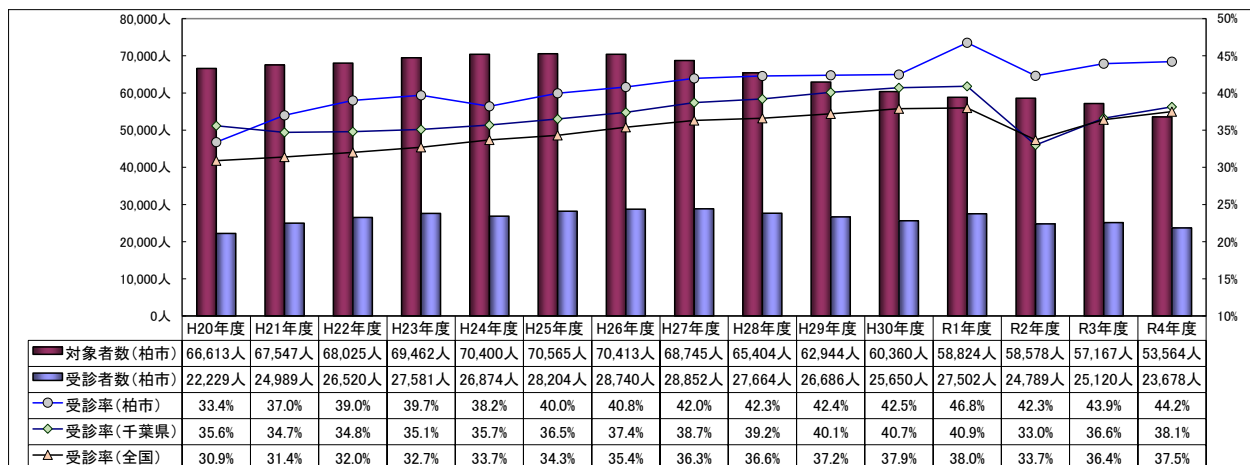
年度別の特定健康診査受診率をみると、令和4年度は44.2%で平成30年度の42.5%より1.7ポイント増加しています。また、全ての年度で県・国よりも受診率は高くなっています。(表39, 図41)

【表39】 年度別 特定健康診査受診率

区分	特定健診受診率				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
柏市	42.5%	46.8%	42.3%	43.9%	44.2%
県	40.7%	40.9%	33.0%	36.6%	38.1%
国	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%	37.5%

出典：法定報告値(国の数値は速報値を使用)

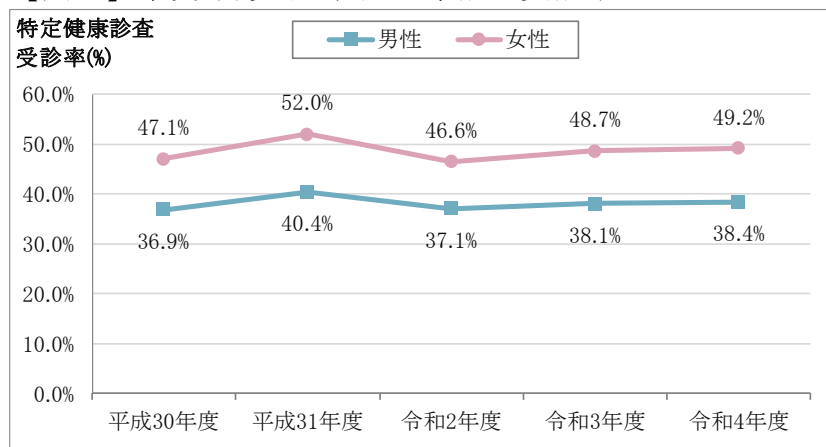
【図41】 年度別 特定健康診査受診率



出典：法定報告値(国の数値は速報値を使用)

男女別の特定健康診査の受診率をみると、男性の令和4年度受診率は38.4%で平成30年度の36.9%より1.5ポイント増加しており、女性の令和4年度受診率は49.2%で平成30年度の47.1%より2.1ポイント増加しています。(図42)

【図42】 年度・男女別 特定健康診査受診率



出典：法定報告値

## (2) 健康診査データによる分析

令和4年度健康診査データによるメタボリックシンドローム該当状況をみると、健診受診者全体では、予備群は10.0%、該当者は18.9%です。また、血糖、血圧、脂質の3項目全ての追加リスクを持っている該当者は6.2%です。(表40)

【表40】メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)

年齢階層	健診受診者		腹囲のみ		予備群		血糖		血圧		脂質	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	6,409	29.1%	339	5.3%	648	10.1%	43	0.7%	408	6.4%	197	3.1%
65歳～74歳	16,853	52.9%	340	2.0%	1,689	10.0%	96	0.6%	1,312	7.8%	281	1.7%
全体(40歳～74歳)	23,262	43.2%	679	2.9%	2,337	10.0%	139	0.6%	1,720	7.4%	478	2.1%

年齢階層	該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	994	15.5%	109	1.7%	70	1.1%	516	8.1%	299	4.7%
65歳～74歳	3,409	20.2%	521	3.1%	143	0.8%	1,607	9.5%	1,138	6.8%
全体(40歳～74歳)	4,403	18.9%	630	2.7%	213	0.9%	2,123	9.1%	1,437	6.2%

出典：国保データベース(KDB)システム「メタボリックシンドローム該当者・予備群」

### ※メタボリックシンドローム判定基準

腹囲	追加リスク (①血糖 ②血圧 ③脂質)	該当状況
≥85cm (男性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
≥90cm (女性)		メタボリックシンドローム予備群該当者

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

- ①血糖：空腹時血糖が110mg/dl以上
- ②血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上
- ③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

※糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者も対象となる。



令和4年度健康診査データによる、検査項目別の有所見者の状況をみると、健診受診者全体では、HbA1cの有所見者割合が最も高く、健診受診者の58.0%を占めています。年齢階層別にみると、40歳～64歳ではLDLコレステロール、65歳～74歳ではHbA1cの有所見者割合が最も高くなっています。(表41)

【表41】検査項目別有所見者の状況(令和4年度)

区分		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸	
		25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	
柏市	40歳～64歳	人数(人)	1,765	1,981	1,259	1,232	240	1,285	2,939	443
		割合(%)	27.5%	30.9%	19.6%	19.2%	3.7%	20.0%	45.9%	6.9%
	65歳～74歳	人数(人)	4,019	5,438	2,887	1,938	477	5,236	10,556	931
		割合(%)	23.8%	32.3%	17.1%	11.5%	2.8%	31.1%	62.6%	5.5%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	5,784	7,419	4,146	3,170	717	6,521	13,495	1,374
		割合(%)	24.9%	31.9%	17.8%	13.6%	3.1%	28.0%	58.0%	5.9%
県	割合(%)	27.0%	35.0%	20.8%	13.8%	3.6%	21.1%	58.8%	5.1%	
国	割合(%)	27.0%	35.0%	21.2%	14.5%	3.9%	24.6%	57.2%	6.5%	

区分		収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR	
		130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満	
柏市	40歳～64歳	人数(人)	2,206	1,491	3,644	36	1,019	823	2,838	675
		割合(%)	34.4%	23.3%	56.9%	0.6%	15.9%	12.8%	44.3%	10.5%
	65歳～74歳	人数(人)	9,219	3,705	8,841	238	4,009	2,437	6,922	4,247
		割合(%)	54.7%	22.0%	52.5%	1.4%	23.8%	14.5%	41.1%	25.2%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	11,425	5,196	12,485	274	5,028	3,260	9,760	4,922
		割合(%)	49.1%	22.3%	53.7%	1.2%	21.6%	14.0%	42.0%	21.2%
県	割合(%)	47.7%	20.0%	51.3%	1.2%	15.0%	11.7%	10.3%	20.2%	
国	割合(%)	47.5%	21.1%	50.1%	1.3%	21.3%	18.4%	5.6%	20.7%	

出典：国保データベース(KDB)システム「健診有所見者状況(男女別・年代別)」

### (3)CKD(慢性腎臓病)判定の分析

令和2年度・令和3年度の特定健康診査受診者のうち、CKD(慢性腎臓病)判定において「腎専門医を受診(腎専門医レベル)」該当者の分析を行いました。

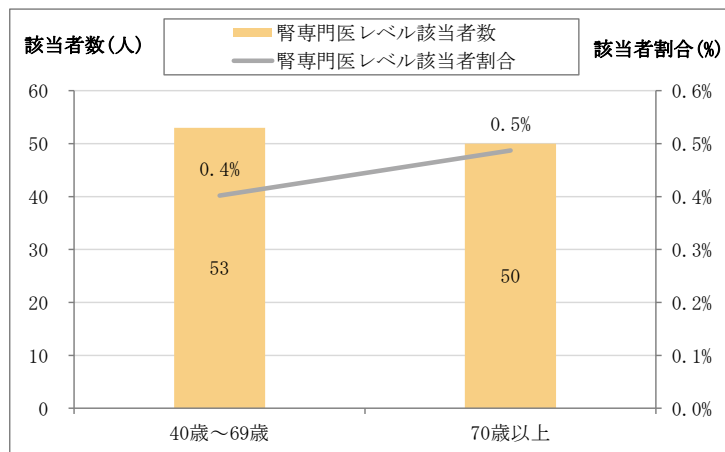
#### ①令和2年度特定健康診査における腎専門医レベル該当状況

令和2年度の特定健康診査受診者について、尿蛋白及びeGFRの検査値が腎専門医レベルに該当した者の状況をみると、腎専門医レベル該当者割合は、40歳～69歳で0.4%、70歳以上で0.5%となっています。(表42, 図43)

【表42】令和2年度特定健康診査における腎専門医レベル該当状況

	健診受診者数 (人)	腎専門医レベル 該当者数(人)	腎専門医レベル 該当者割合(%)
40歳～69歳	13,184	53	0.4%
70歳以上	10,264	50	0.5%
合計	23,448	103	0.4%

【図43】令和2年度特定健康診査における腎専門医レベル該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和2年4月～令和3年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和3年3月31日時点。

腎専門医レベル該当者…特定健康診査における尿蛋白, eGFRの検査値が下記の腎専門医レベル判定値に該当する者。

腎専門医レベル判定値

40歳～69歳:尿蛋白(++)以上かつ, eGFR60未満

70歳以上 :尿蛋白(++)以上かつ, eGFR50未満

## ②腎専門医レベル該当者における腎関連疾病受診状況

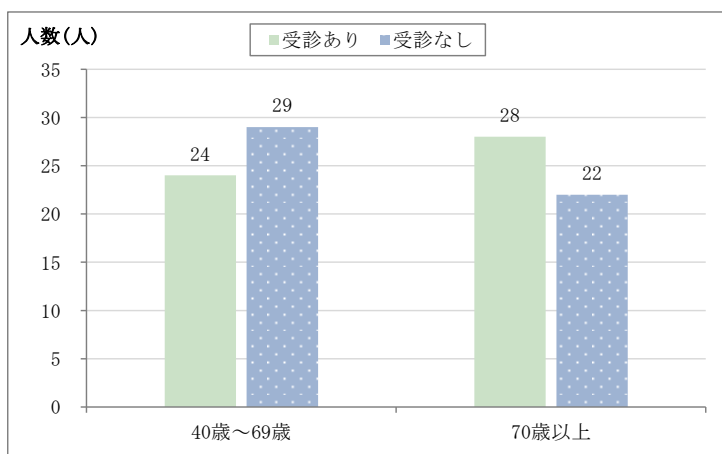
令和2年度の腎専門医レベル該当者について、健診受診後の腎関連疾病受診状況をみると、腎専門医レベル該当者のうち、年度内の特定健康診査受診月以降に腎関連疾病で医療機関を受診した者の割合は、40歳～69歳で45.3%、70歳以上で56.0%となっています。(表43, 図44, 図45)

【表43】 令和2年度腎専門医レベル該当者における腎関連疾病受診状況

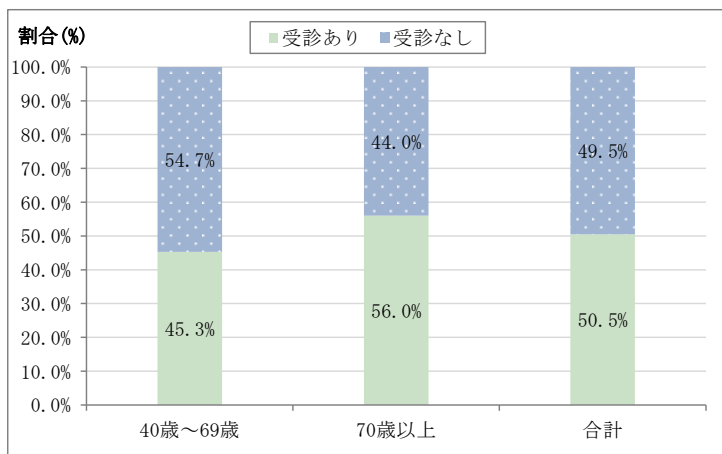
	腎専門医レベル 該当者数(人)	健診受診後の腎関連疾病受診			
		あり		なし	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～69歳	53	24	45.3%	29	54.7%
70歳以上	50	28	56.0%	22	44.0%
合計	103	52	50.5%	51	49.5%

## 令和2年度腎専門医レベル該当者における腎関連疾病受診状況

【図44】 人数



【図45】 割合



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む),入院外,調剤の電子レセプト。対象診療年月は令和2年4月～令和3年3月診療分(12カ月分)。  
データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和2年4月～令和3年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和3年3月31日時点。

令和2年度内の特定健康診査受診月以降に、腎関連疾病で医療費が発生している者を「受診あり」、発生していない者を「受診なし」と判定。

腎関連疾病…中分類1401, 1402及び糖尿病性腎症(ICD-10 E102, E112, E122, E132, E142)を集計。

株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

### ③腎専門医レベル該当者における翌年度以降の人工透析の状況

令和2年度の腎専門医レベル該当者における翌年度以降の人工透析患者の状況を、健診受診後の腎関連疾病受診有無別にみると、令和4年度の人工透析患者の割合は、健診受診後の腎関連疾病受診ありの者で17.3%、受診なしの者で2.0%となっています。(表44, 表45, 図46, 図47)

#### 令和2年度腎専門医レベル該当者における翌年度以降の人工透析の状況

【表44】 健診受診後の腎関連疾病受診あり

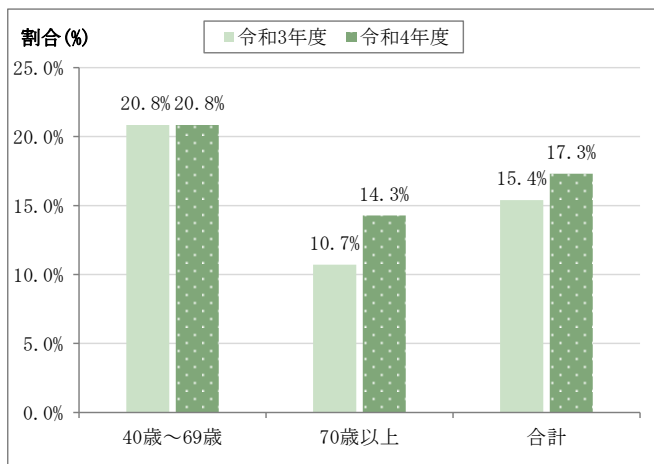
	健診受診後の腎関連疾病受診あり(人)	うち、翌年度以降の人工透析患者			
		令和3年度		令和4年度	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～69歳	24	5	20.8%	5	20.8%
70歳以上	28	3	10.7%	4	14.3%
合計	52	8	15.4%	9	17.3%

【表45】 健診受診後の腎関連疾病受診なし

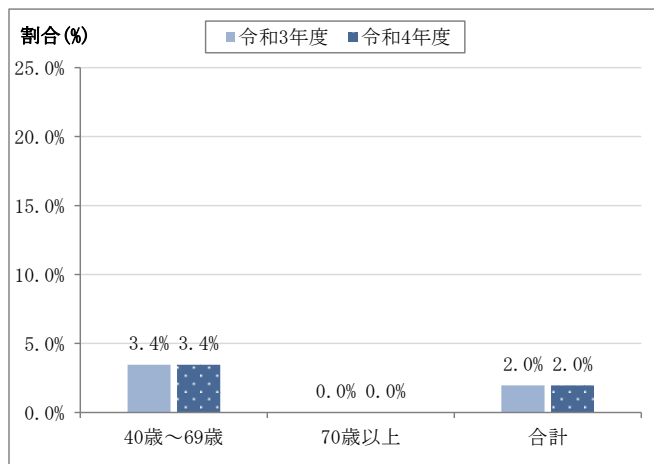
	健診受診後の腎関連疾病受診なし(人)	うち、翌年度以降の人工透析患者			
		令和3年度		令和4年度	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～69歳	29	1	3.4%	1	3.4%
70歳以上	22	0	0.0%	0	0.0%
合計	51	1	2.0%	1	2.0%

#### 令和2年度腎専門医レベル該当者における翌年度以降の人工透析の状況

【図46】 健診受診後の腎関連疾病受診あり



【図47】 健診受診後の腎関連疾病受診なし



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む),入院外,調剤の電子レセプト。対象診療年月は令和2年4月～令和5年3月診療分(36カ月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和2年4月～令和3年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和3年3月31日時点。

令和2年度内の特定健康診査受診月以降に、腎関連疾病で医療費が発生している者を「受診あり」、発生していない者を「受診なし」と判定。

腎関連疾病…中分類1401, 1402及び糖尿病性腎症(ICD-10 E102, E112, E122, E132, E142)を集計。

令和3年度及び令和4年度に「血液透析」もしくは「腹膜透析」の診療行為がある患者を人工透析患者として集計。

現時点で資格喪失している被保険者についても集計する。緊急透析と思われる患者は除く。

株式会社データホライズン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

### (4) 質問票調査の状況

令和4年度健康診査データにおける質問票調査の状況を年齢階層別にみると、「40歳～64歳」,「65歳～74歳」とともに、「既往歴\_貧血」と「飲酒\_時々飲酒」が県・同規模・国と比べて大きく高いですが,「喫煙」,「運動」,「生活習慣改善意欲」,「咀嚼」については,全体的に県・同規模・国よりも良い結果となっています。(表46)

【表46】 質問票調査の状況(令和4年度)

分類	質問項目	40歳～64歳				65歳～74歳			
		柏市	県	同規模	国	柏市	県	同規模	国
服薬	服薬_高血圧症	<b>18.4%</b>	19.2%	19.7%	20.2%	<b>41.1%</b>	41.5%	44.0%	43.7%
	服薬_糖尿病	<b>4.8%</b>	5.0%	5.2%	5.3%	<b>9.6%</b>	9.6%	10.5%	10.4%
	服薬_脂質異常症	<b>16.1%</b>	15.9%	16.6%	16.6%	<b>35.6%</b>	33.4%	35.1%	34.3%
既往歴	既往歴_脳卒中	<b>1.9%</b>	2.0%	2.1%	2.0%	<b>3.4%</b>	3.6%	4.0%	3.8%
	既往歴_心臓病	<b>3.1%</b>	2.8%	3.0%	3.0%	<b>6.7%</b>	6.7%	7.0%	6.8%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	<b>0.6%</b>	0.6%	0.6%	0.6%	<b>1.1%</b>	1.0%	1.0%	0.9%
	既往歴_貧血	<b>18.1%</b>	14.2%	14.7%	14.2%	<b>12.3%</b>	9.5%	9.8%	9.3%
喫煙	喫煙	<b>17.3%</b>	18.3%	18.5%	18.9%	<b>8.7%</b>	9.7%	10.2%	10.2%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	<b>36.5%</b>	38.6%	37.2%	37.8%	<b>32.5%</b>	33.7%	33.4%	33.2%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	<b>67.0%</b>	67.3%	67.4%	68.7%	<b>49.1%</b>	52.6%	53.9%	55.3%
	1日1時間以上運動なし	<b>48.7%</b>	46.4%	50.1%	49.3%	<b>44.1%</b>	43.5%	47.2%	46.7%
	歩行速度遅い	<b>48.7%</b>	51.2%	50.8%	53.3%	<b>42.5%</b>	46.0%	48.1%	49.5%
食事	食べる速度が速い	<b>29.2%</b>	29.0%	31.2%	30.8%	<b>23.9%</b>	23.7%	25.1%	24.6%
	食べる速度が普通	<b>62.5%</b>	63.0%	60.3%	61.1%	<b>68.7%</b>	69.0%	67.3%	67.6%
	食べる速度が遅い	<b>8.3%</b>	8.0%	8.5%	8.2%	<b>7.3%</b>	7.3%	7.6%	7.8%
	週3回以上就寝前夕食	<b>22.4%</b>	21.9%	22.7%	21.0%	<b>11.8%</b>	12.7%	12.1%	12.1%
	週3回以上朝食を抜く	<b>21.3%</b>	19.5%	21.7%	18.8%	<b>5.4%</b>	6.1%	6.9%	5.8%
飲酒	毎日飲酒	<b>22.4%</b>	22.7%	24.6%	24.3%	<b>23.5%</b>	23.5%	24.7%	24.7%
	時々飲酒	<b>27.8%</b>	25.3%	26.7%	25.2%	<b>24.3%</b>	21.5%	22.0%	21.0%
	飲まない	<b>49.8%</b>	52.0%	48.7%	50.5%	<b>52.1%</b>	55.0%	53.3%	54.3%
	1日飲酒量(1合未満)	<b>61.3%</b>	65.3%	60.7%	61.0%	<b>68.5%</b>	70.7%	68.5%	67.6%
	1日飲酒量(1～2合)	<b>24.6%</b>	21.2%	22.9%	23.0%	<b>24.0%</b>	21.3%	22.3%	23.1%
	1日飲酒量(2～3合)	<b>10.2%</b>	9.4%	11.2%	11.2%	<b>6.5%</b>	6.8%	7.6%	7.8%
	1日飲酒量(3合以上)	<b>3.9%</b>	4.0%	5.2%	4.8%	<b>1.0%</b>	1.2%	1.6%	1.5%
睡眠	睡眠不足	<b>21.3%</b>	27.4%	28.2%	28.4%	<b>16.9%</b>	22.1%	23.4%	23.5%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	<b>22.9%</b>	23.5%	21.3%	23.2%	<b>29.7%</b>	29.2%	28.4%	29.4%
	改善意欲あり	<b>31.9%</b>	32.6%	33.3%	32.8%	<b>25.0%</b>	25.9%	26.2%	25.9%
	改善意欲ありかつ始めている	<b>14.0%</b>	15.4%	17.4%	16.3%	<b>9.3%</b>	11.7%	13.5%	12.9%
	取り組み済み6ヶ月未満	<b>12.2%</b>	10.1%	10.0%	10.0%	<b>11.1%</b>	9.2%	8.7%	8.5%
	取り組み済み6ヶ月以上	<b>19.1%</b>	18.4%	18.0%	17.8%	<b>24.8%</b>	23.9%	23.2%	23.1%
	保健指導利用しない	<b>55.9%</b>	61.0%	59.8%	62.6%	<b>57.2%</b>	60.8%	62.1%	63.0%
咀嚼	咀嚼_何でも	<b>84.0%</b>	83.4%	84.4%	83.8%	<b>79.1%</b>	77.7%	78.4%	77.0%
	咀嚼_かみにくい	<b>15.4%</b>	15.9%	14.8%	15.5%	<b>20.4%</b>	21.6%	20.7%	22.2%
	咀嚼_ほとんどかめない	<b>0.6%</b>	0.7%	0.8%	0.7%	<b>0.5%</b>	0.8%	0.9%	0.8%
間食	3食以外間食_毎日	<b>22.6%</b>	23.1%	22.9%	23.7%	<b>19.8%</b>	20.2%	20.3%	20.7%
	3食以外間食_時々	<b>56.4%</b>	56.6%	54.8%	55.4%	<b>59.6%</b>	59.7%	57.8%	58.5%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	<b>21.0%</b>	20.3%	22.4%	20.9%	<b>20.6%</b>	20.1%	21.8%	20.8%

分類	質問項目	全体(40歳～74歳)			
		柏市	県	同規模	国
服薬	服薬_高血圧症	34.9%	35.2%	36.4%	36.9%
	服薬_糖尿病	8.3%	8.3%	8.8%	8.9%
	服薬_脂質異常症	30.2%	28.4%	29.3%	29.2%
既往歴	既往歴_脳卒中	2.9%	3.1%	3.4%	3.3%
	既往歴_心臓病	5.7%	5.6%	5.7%	5.7%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	1.0%	0.9%	0.9%	0.8%
	既往歴_貧血	13.9%	10.8%	11.3%	10.7%
喫煙	喫煙	11.0%	12.1%	12.8%	12.7%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	33.6%	35.1%	34.6%	34.5%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	54.0%	56.8%	58.1%	59.2%
	1日1時間以上運動なし	45.4%	44.3%	48.1%	47.4%
	歩行速度遅い	44.2%	47.5%	48.9%	50.6%
食事	食べる速度が速い	25.4%	25.2%	27.0%	26.4%
	食べる速度が普通	67.0%	67.3%	65.1%	65.7%
	食べる速度が遅い	7.6%	7.5%	7.9%	7.9%
	週3回以上就寝前夕食	14.7%	15.3%	15.4%	14.7%
	週3回以上朝食を抜く	9.8%	9.9%	11.6%	9.6%
飲酒	毎日飲酒	23.2%	23.3%	24.7%	24.6%
	時々飲酒	25.3%	22.6%	23.5%	22.2%
	飲まない	51.5%	54.1%	51.9%	53.2%
	1日飲酒量(1合未満)	66.5%	69.2%	66.0%	65.6%
	1日飲酒量(1～2合)	24.1%	21.3%	22.5%	23.1%
	1日飲酒量(2～3合)	7.5%	7.5%	8.8%	8.8%
	1日飲酒量(3合以上)	1.8%	2.0%	2.8%	2.5%
睡眠	睡眠不足	18.1%	23.6%	24.9%	24.9%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	27.8%	27.6%	26.2%	27.6%
	改善意欲あり	26.9%	27.8%	28.4%	27.9%
	改善意欲ありかつ始めている	10.6%	12.8%	14.7%	13.9%
	取り組み済み6ヶ月未満	11.4%	9.5%	9.1%	9.0%
	取り組み済み6ヶ月以上	23.2%	22.3%	21.5%	21.6%
	保健指導利用しない	56.8%	60.8%	61.4%	62.9%
咀嚼	咀嚼_何でも	80.4%	79.3%	80.3%	79.0%
	咀嚼_かみにくい	19.1%	20.0%	18.8%	20.2%
	咀嚼_ほとんどかめない	0.5%	0.8%	0.9%	0.8%
間食	3食以外間食_毎日	20.6%	21.0%	21.1%	21.6%
	3食以外間食_時々	58.7%	58.8%	56.9%	57.6%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	20.7%	20.1%	22.0%	20.9%

出典：国保データベース (KDB) システム「質問票調査の状況」

分類	質問項目	50歳～74歳
		柏市
咀嚼	咀嚼_何でも	79.8%

### (5) 特定健康診査の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況

特定健康診査受診状況別に、生活習慣病の医療機関受診状況を分析した結果をみると、生活習慣病患者一人当たり医療費では、入院、入院外ともに特定健康診査未受診者の方が高く、特に入院では特定健康診査受診者の約2.9倍となっています。(表47、図4)

【表47】 特定健康診査受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況

	人数(人)	構成比(%)	生活習慣病医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
健診受診者	24,154	40.7%	8,154,175	911,381,370	919,535,545
健診未受診者	35,218	59.3%	64,351,284	1,141,743,441	1,206,094,725
合計	59,372		72,505,459	2,053,124,811	2,125,630,270

	生活習慣病患者数 ※						生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
	入院		入院外		合計 ※		入院	入院外	合計
	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)			
健診受診者	438	1.8%	13,115	54.3%	13,122	54.3%	18,617	69,492	70,076
健診未受診者	1,194	3.4%	12,861	36.5%	12,933	36.7%	53,896	88,776	93,257
合計	1,632	2.7%	25,976	43.8%	26,055	43.9%	44,427	79,039	81,582

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む), 入院外, 調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

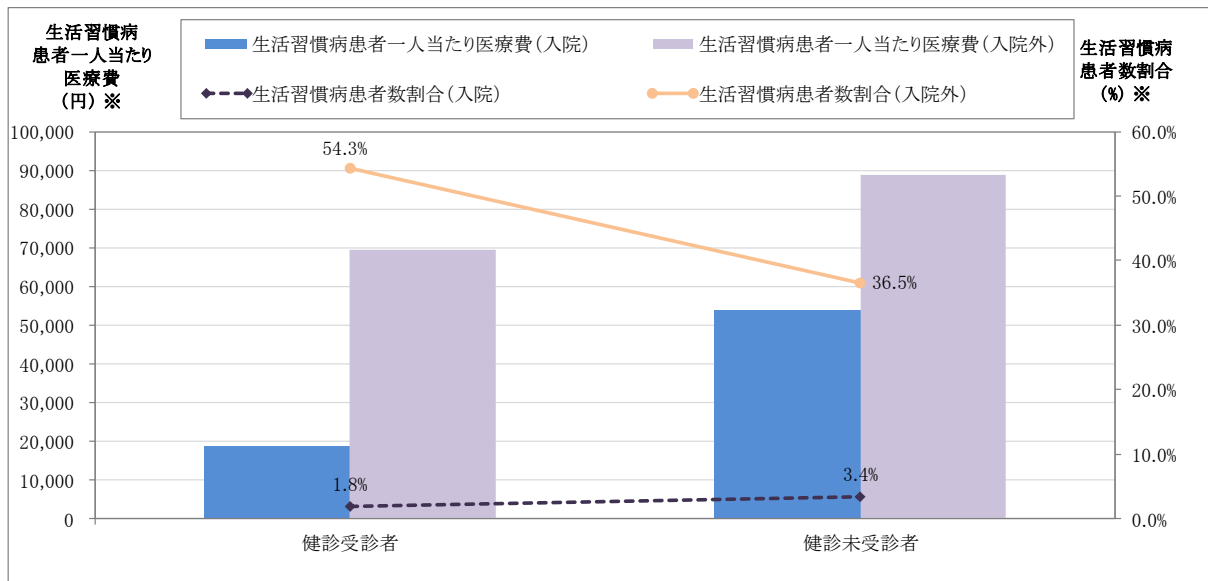
資格確認日…令和5年3月31日時点。

※生活習慣病医療費…生活習慣病(糖尿病, 高血圧症, 脂質異常症)で投薬のあった患者の生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数…生活習慣病(糖尿病, 高血圧症, 脂質異常症)で投薬のあった患者数。合計人数は、入院、入院外の区分けなく集計した実人数。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病, 高血圧症, 脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

【図48】 特定健康診査受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む), 入院外, 調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病, 高血圧症, 脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数割合…健診受診者, 健診未受診者それぞれに占める, 生活習慣病(糖尿病, 高血圧症, 脂質異常症)で投薬のあった患者数の割合。

## 6. 特定保健指導

### (1) 特定保健指導実施状況

令和4年度における、特定保健指導の実施状況をみると、動機付け支援・積極的支援ともに対象者割合、保健指導実施率は県・国より低くなっています。

(表48, 図49, 図50, 図51)

【表48】 特定保健指導実施状況(令和4年度)

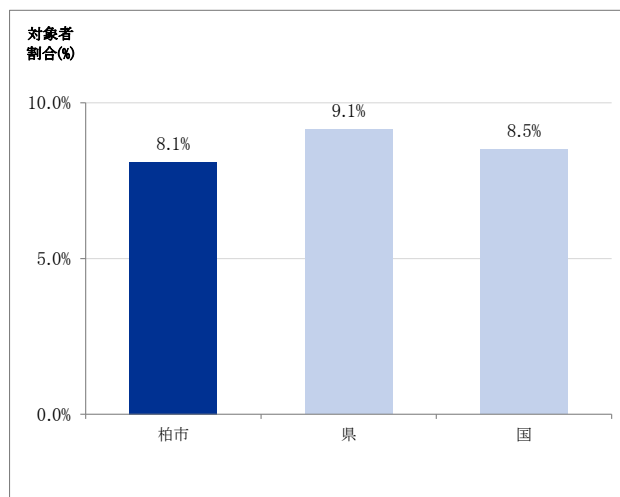
区分	動機付け支援 対象者割合	積極的支援 対象者割合	支援対象者割合	特定保健指導 実施率
柏市	8.1%	2.4%	10.5%	23.4%
県	9.1%	2.7%	11.8%	24.7%
国	8.5%	2.6%	11.1%	28.8%

動機付け支援対象者割合・積極的支援対象者割合・支援対象者割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。

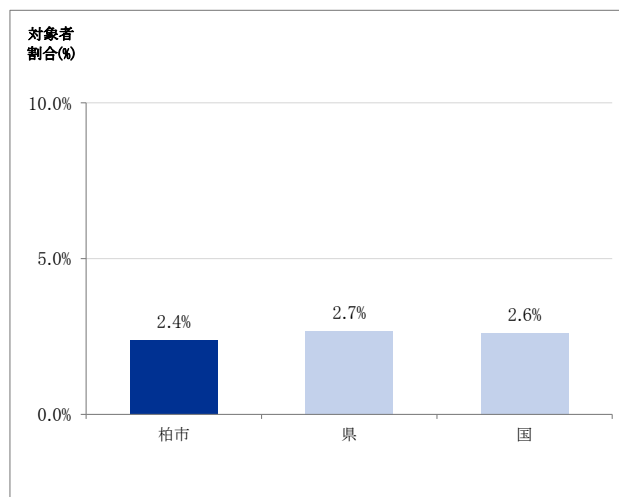
特定保健指導実施率…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。

出典:法定報告値(国の数値は速報値を使用)

【図49】 動機付け支援対象者割合(令和4年度) 【図50】 積極的支援対象者割合(令和4年度)

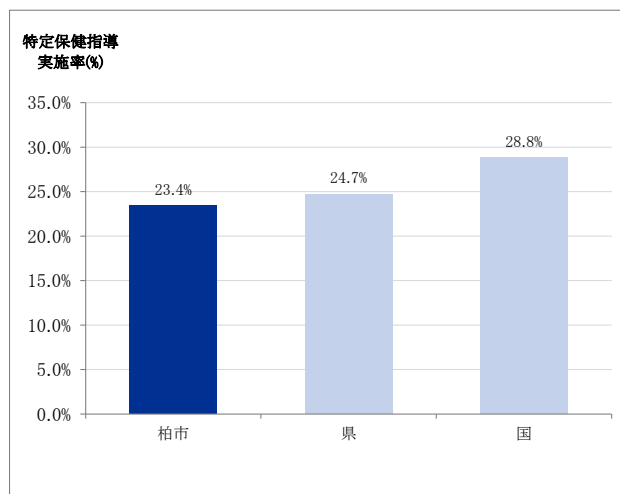


出典:法定報告値(国の数値は速報値を使用)



出典:法定報告値(国の数値は速報値を使用)

【図51】 特定保健指導実施率(令和4年度)



出典:法定報告値(国の数値は速報値を使用)



平成30年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況をみると、令和4年度の特定保健指導実施率は23.4%で平成30年度の29.0%より5.6ポイント減少しています。

(表52, 図54)

【表49】 年度別 動機付け支援対象者割合

区分	動機付け支援対象者割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
柏市	<b>8.6%</b>	<b>8.8%</b>	<b>8.8%</b>	<b>8.7%</b>	<b>8.1%</b>
県	9.5%	9.6%	9.6%	9.6%	9.1%
国	8.9%	8.8%	8.9%	8.8%	8.5%

【表50】 年度別 積極的支援対象者割合

区分	積極的支援対象者割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
柏市	<b>2.0%</b>	<b>2.1%</b>	<b>2.4%</b>	<b>2.2%</b>	<b>2.4%</b>
県	2.7%	2.6%	2.5%	2.7%	2.7%
国	2.7%	2.7%	2.6%	2.7%	2.6%

【表51】 年度別 支援対象者割合

区分	支援対象者割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
柏市	<b>10.6%</b>	<b>11.0%</b>	<b>11.2%</b>	<b>10.9%</b>	<b>10.5%</b>
県	12.2%	12.2%	12.1%	12.3%	11.8%
国	11.6%	11.5%	11.4%	11.5%	11.1%

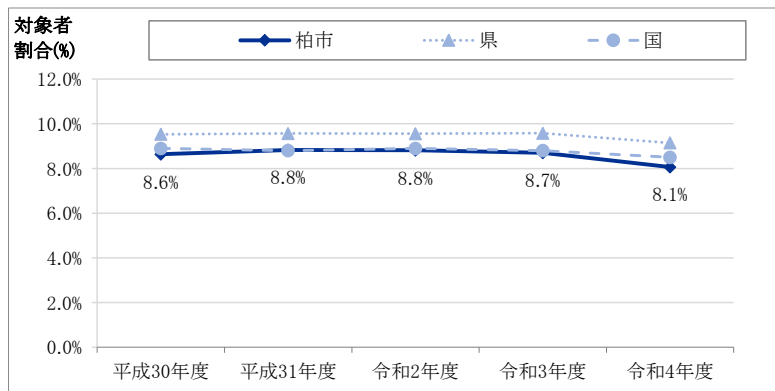
【表52】 年度別 特定保健指導実施率

区分	特定保健指導実施率				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
柏市	<b>29.0%</b>	<b>26.7%</b>	<b>23.3%</b>	<b>18.3%</b>	<b>23.4%</b>
県	23.7%	24.8%	21.8%	22.2%	24.7%
国	28.9%	29.3%	27.9%	27.9%	28.8%

動機付け支援対象者割合・積極的支援対象者割合・支援対象者割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。  
特定保健指導実施率(令和4年度)…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。

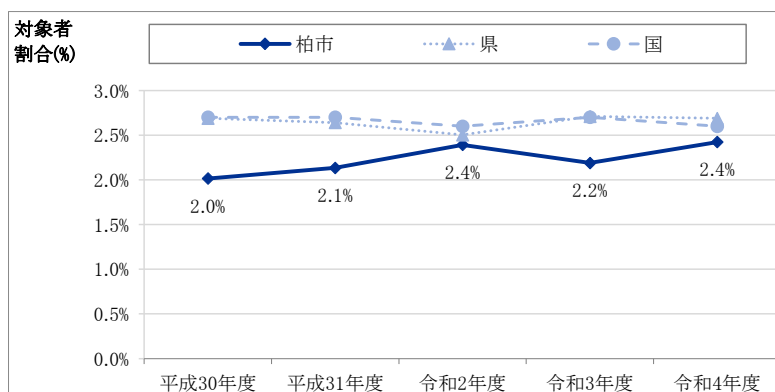
出典:法定報告値(国の数値は速報値を使用)

【図52】 年度別 動機付け支援対象者割合



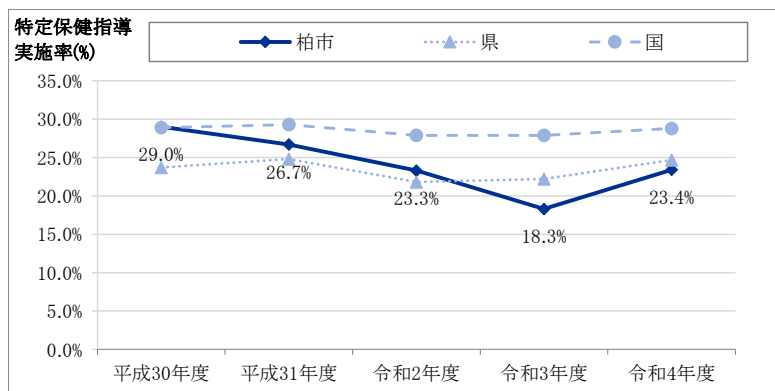
出典: 法定報告値(国の数値は速報値を使用)

【図53】 年度別 積極的支援対象者割合



出典: 法定報告値(国の数値は速報値を使用)

【図54】 年度別 特定保健指導実施率



出典: 法定報告値(国の数値は速報値を使用)

## (2) 特定保健指導実施者及び未実施者の医療費分析

令和2年度、令和3年度の2年連続特定保健指導対象者のうち、令和4年度通年有資格者について、特定保健指導の実施状況別に令和4年度の医療費等の比較分析を行いました。

### ① 令和2年度、令和3年度の特定保健指導実施状況

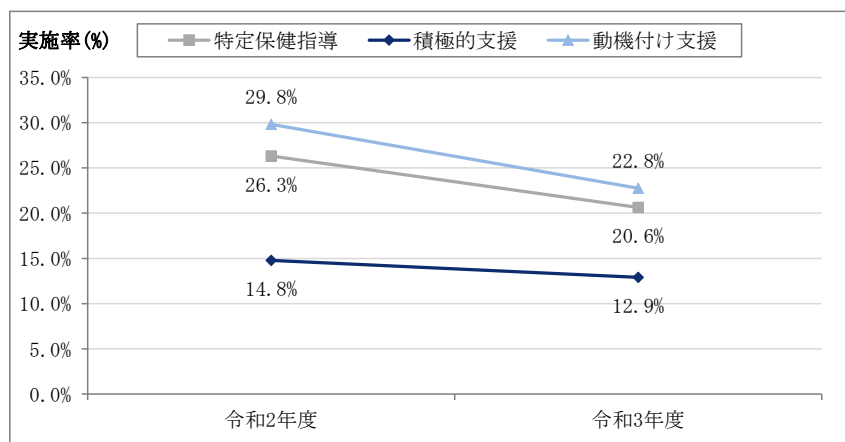
令和3年度を令和2年度の特定保健指導の状況を比較すると、令和3年度の特定保健指導該当者割合9.0%は、令和2年度の9.2%より0.2ポイント低下しています。また、令和3年度の特定保健指導実施率20.6%は令和2年度の26.3%より5.7ポイント低下しています。

(表53, 図55)

【表53】 特定保健指導実施状況

	令和2年度			令和3年度		
	男女合計	男性	女性	男女合計	男性	女性
特定健康診査受診者数(人)	26,655	10,774	15,881	27,515	11,033	16,482
特定保健指導該当者数(人)	2,460	1,555	905	2,482	1,587	895
積極的支援	575	425	150	535	407	128
動機付け支援	1,885	1,130	755	1,947	1,180	767
特定保健指導該当者割合(%)	9.2%	14.4%	5.7%	9.0%	14.4%	5.4%
積極的支援	2.2%	3.9%	0.9%	1.9%	3.7%	0.8%
動機付け支援	7.1%	10.5%	4.8%	7.1%	10.7%	4.7%
特定保健指導実施者数(人)	647	378	269	512	306	206
積極的支援	85	61	24	69	47	22
動機付け支援	562	317	245	443	259	184
特定保健指導実施率(%)	26.3%	24.3%	29.7%	20.6%	19.3%	23.0%
積極的支援	14.8%	14.4%	16.0%	12.9%	11.5%	17.2%
動機付け支援	29.8%	28.1%	32.5%	22.8%	21.9%	24.0%

【図55】 特定保健指導実施率



### (3) 特定保健指導実施者及び未実施者の医療費分析

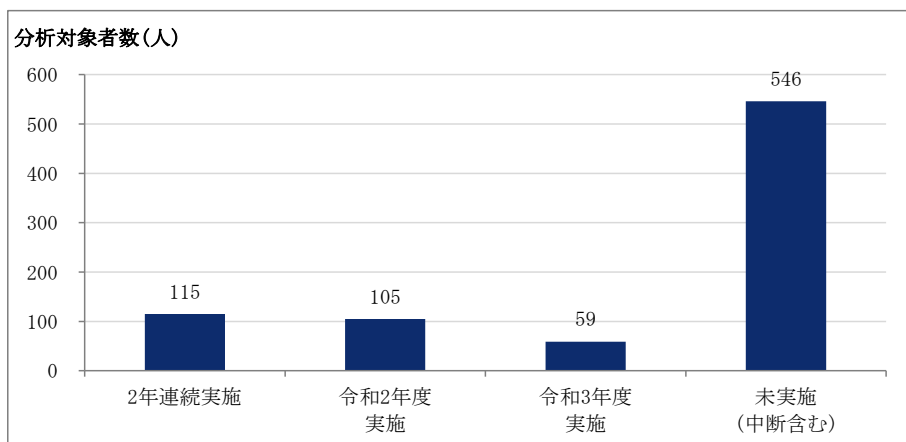
令和2年度、令和3年度の特定保健指導実施状況から、2年連続実施者115人、令和2年度実施者105人、令和3年度実施者59人、未実施者546人を対象に分析を行いました。

(表54, 図56)

【表54】 令和2年度及び令和3年度特定保健指導の実施状況別人数(分析対象者)

分析対象者数(人)	実施状況			
	2年連続実施	単年実施		未実施 (中断含む)
		令和2年度実施	令和3年度実施	
分析対象者数(人)	115	105	59	546

【図56】 特定保健指導実施者数及び未実施者数(分析対象者)



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和2年4月～令和4年3月健診分(24カ月分)。  
 データ化範囲(分析対象)…特定保健指導データは令和2年度～令和3年度分。  
 資格確認日…令和4年4月～令和5年3月を通して資格がある者を集計対象とする。

特定保健指導の実施状況別に、令和4年度の医療費等を2年連続実施者と未実施者で比較すると、患者一人当たりの医療費は未実施者が333,508円で最も高くなっています。

(表55)

【表55】 特定保健指導実施状況別 令和4年度の医療費の状況

診療種別計		2年連続実施	単年実施		未実施 (中断含む)
			令和2年度実施	令和3年度実施	
	医療費(円)	25,714,470	20,028,440	15,714,200	155,414,530
	患者数(人)	104	94	53	466
	患者割合(%)	90.4%	89.5%	89.8%	85.3%
	患者一人当たりの医療費(円)	247,255	213,069	296,494	333,508

次に、令和4年度の生活習慣病罹患状況を2年連続実施者と未実施者で比較すると、生活習慣病の患者一人当たりの医療費は糖尿病及び脳動脈硬化(症)を除き未実施者で高くなっており、特に動脈硬化(症)の患者一人当たり医療費が未実施者で高くなっています。(表56)

【表56】 特定保健指導実施状況別 令和4年度の生活習慣病罹患状況

疾病分類(中分類)		患者割合(%)			
		2年連続実施	単年実施		未実施 (中断含む)
			令和2年度実施	令和3年度実施	
0402	糖尿病	23.5%	24.8%	27.1%	24.0%
0403	脂質異常症	7.8%	18.1%	16.9%	16.1%
0901	高血圧性疾患	12.2%	21.0%	25.4%	15.8%
0902	虚血性心疾患	7.8%	8.6%	10.2%	7.5%
0904	くも膜下出血	0.0%	0.0%	1.7%	0.2%
0905	脳内出血	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%
0906	脳梗塞	1.7%	7.6%	3.4%	3.8%
0907	脳動脈硬化(症)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
0909	動脈硬化(症)	4.3%	4.8%	1.7%	3.3%
1402	腎不全	2.6%	0.0%	0.0%	1.5%
合計		39.1%	44.8%	49.2%	40.1%

疾病分類(中分類)		患者一人当たりの医療費(円)			
		2年連続実施	単年実施		未実施 (中断含む)
			令和2年度実施	令和3年度実施	
0402	糖尿病	31,750	11,548	11,030	14,749
0403	脂質異常症	15,535	30,997	22,515	25,509
0901	高血圧性疾患	18,561	17,823	18,648	21,779
0902	虚血性心疾患	27,194	163,517	19,756	102,460
0904	くも膜下出血	0	0	8,311	12,589
0905	脳内出血	0	0	0	11,951
0906	脳梗塞	16,495	22,641	26,537	18,739
0907	脳動脈硬化(症)	0	0	0	0
0909	動脈硬化(症)	2,493	6,570	2,543	265,149
1402	腎不全	4,089	0	0	12,834
合計		34,653	63,126	29,787	71,360

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む),入院外,調剤の電子レセプト。対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和2年4月～令和4年3月健診分(24カ月分)。

データ化範囲(分析対象)…特定保健指導データは令和2年度～令和3年度分。

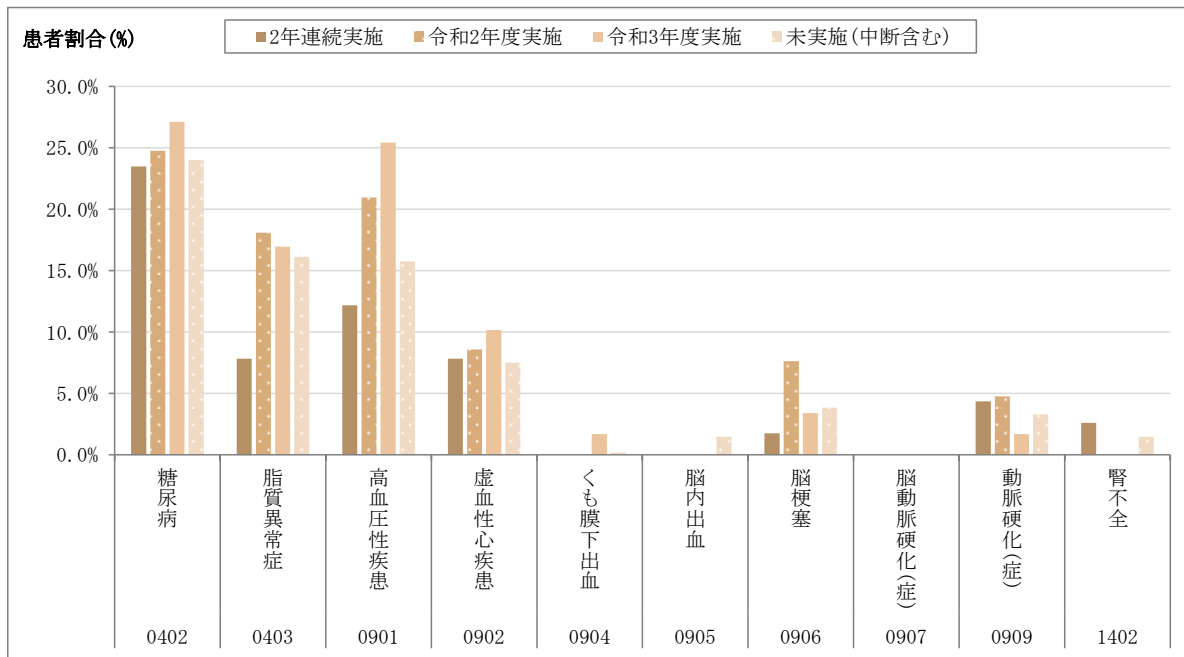
資格確認日…令和4年4月～令和5年3月を通して資格がある者を集計対象とする。

生活習慣病…中分類 0402 糖尿病, 0403 脂質異常症, 0901 高血圧性疾患, 0902 虚血性心疾患, 0904 くも膜下出血, 0905 脳内出血,

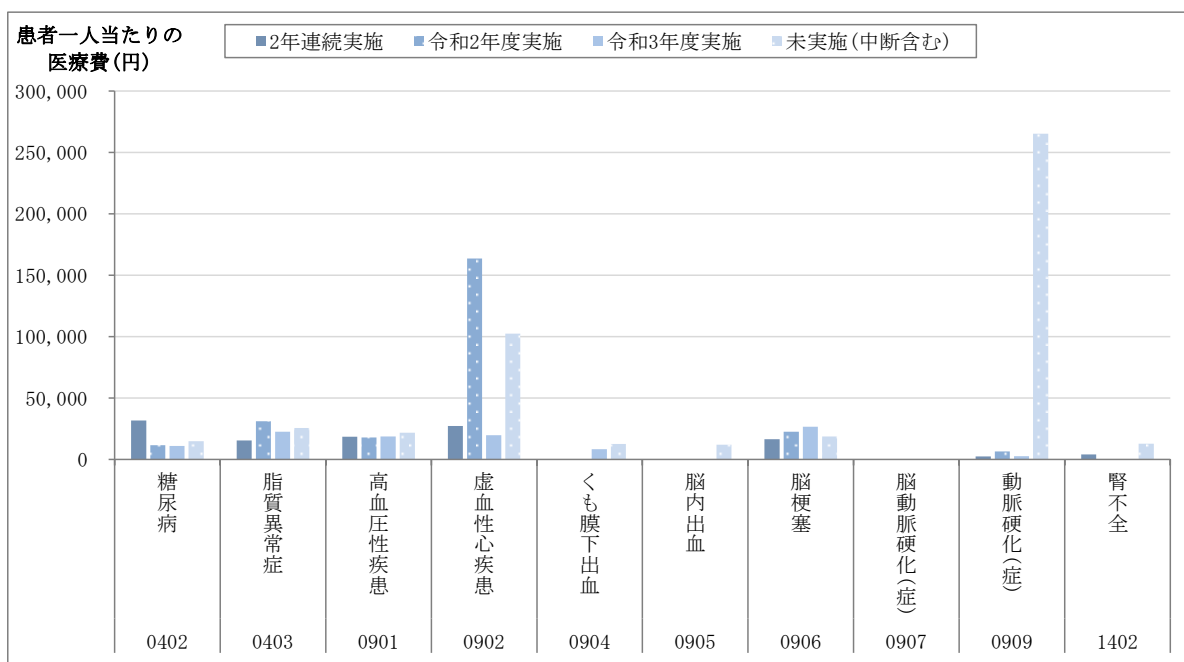
0906 脳梗塞, 0907 脳動脈硬化(症), 0909 動脈硬化(症), 1402 腎不全を集計している。

株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

【図57】 特定保健指導実施状況別 令和4年度の生活習慣病患者割合



【図58】 特定保健指導実施状況別 令和4年度の生活習慣病患者一人当たりの医療費



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む),入院外,調剤の電子レセプト。対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和2年4月～令和4年3月健診分(24カ月分)。

データ化範囲(分析対象)…特定保健指導データは令和2年度～令和3年度分。

資格確認日…令和4年4月～令和5年3月を通して資格がある者を集計対象とする。

生活習慣病…中分類 0402 糖尿病, 0403 脂質異常症, 0901 高血圧性疾患, 0902 虚血性心疾患, 0904 くも膜下出血, 0905 脳内出血, 0906 脳梗塞, 0907 脳動脈硬化(症), 0909 動脈硬化(症), 1402 腎不全を集計している。

株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

## 7. 受診行動適正化に係る分析

### (1) 多受診に係る分析

多受診(重複受診, 頻回受診, 重複服薬)は, 不適切な受診行動も含まれており, これらの患者を正しい受診行動に導く指導が必要となるため, ひと月に同系の疾病を理由に複数の医療機関に受診している「重複受診者」や, ひと月に同一の医療機関に一定回数以上受診している「頻回受診者」, ひと月に同系の医薬品が複数の医療機関で処方され, 処方日数が一定以上の「重複服薬者」について令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)のレセプトデータを用いて指導対象者を分析しました。

重複受診, 頻回受診, 重複服薬の12カ月間の実人数をみると, 「重複受診者」は456人(表57), 「頻回受診者」は541人(表58), 「重複服薬者」は1,812人(表59)となっています。

【表57】 重複受診者数

	令和4年4月	令和4年5月	令和4年6月	令和4年7月	令和4年8月	令和4年9月	令和4年10月	令和4年11月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月
重複受診者数(人) ※	35	60	56	51	58	59	63	62	60	68	62	77
											12カ月間の延べ人数	711人
											12カ月間の実人数	456人

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む), 入院外, 調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

株式会社データホライズン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

※重複受診者数…1カ月間で同系の疾病を理由に3医療機関以上受診している患者を対象とする。透析中, 治療行為を行っていないレセプトは対象外とする。

【表58】 頻回受診者数

	令和4年4月	令和4年5月	令和4年6月	令和4年7月	令和4年8月	令和4年9月	令和4年10月	令和4年11月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月
頻回受診者数(人) ※	112	104	127	109	116	119	128	134	130	88	98	139
											12カ月間の延べ人数	1,404人
											12カ月間の実人数	541人

データ化範囲(分析対象)…入院外, 調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※頻回受診者数…1カ月間で同一医療機関に12回以上受診している患者を対象とする。透析患者は対象外とする。

【表59】 重複服薬者数

	令和4年4月	令和4年5月	令和4年6月	令和4年7月	令和4年8月	令和4年9月	令和4年10月	令和4年11月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月
重複服薬者数(人) ※	302	272	267	255	281	279	304	301	351	328	312	369
											12カ月間の延べ人数	3,621人
											12カ月間の実人数	1,812人

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む), 入院外, 調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※重複服薬者数…1カ月間で同系の医薬品が複数の医療機関で処方され, 同系医薬品の日数合計が60日を超える患者を対象とする。



## (2) 長期多剤服薬者に係る分析

医薬品の多剤服薬は、薬の飲み忘れ、飲み間違い等の服薬過誤や、副作用等の薬物有害事象発生につながるおそれがあります。高齢者に起こりやすい副作用にはふらつき・転倒、物忘れ、うつ、せん妄、食欲低下、便秘、排尿障害等があります。複数疾病を有する高齢者においては特に注意が必要です。

本分析では、服薬状況を把握し適切な服薬を促すことを目的に、対象となる患者の特定を行います。複数医療機関から内服薬が長期(14日以上)処方されている対象者のうち、基準月(令和5年3月)に15種類以上の内服薬を服用している長期多剤服薬者は205人となっています。(表60)

【表60】 薬剤種類数別長期服薬者数

年齢階層	対象者数(人)									
	～ 39歳	40歳～ 44歳	45歳～ 49歳	50歳～ 54歳	55歳～ 59歳	60歳～ 64歳	65歳～ 69歳	70歳～	合計	
被保険者数(人)	19,894	4,220	4,903	5,245	4,761	6,112	12,319	21,812	79,266	
薬剤種類数	2種類	150	22	38	31	35	42	151	303	772
	3種類	146	35	39	48	47	115	270	542	1,242
	4種類	129	48	50	55	59	105	259	575	1,280
	5種類	79	35	37	53	50	90	244	549	1,137
	6種類	66	33	43	51	41	95	198	482	1,009
	7種類	40	25	30	39	43	58	156	394	785
	8種類	30	17	39	36	30	40	132	285	609
	9種類	22	13	16	30	35	33	86	192	427
	10種類	13	18	13	17	16	28	75	160	340
	11種類	9	4	10	20	15	28	48	127	261
	12種類	6	12	7	17	10	17	27	81	177
	13種類	3	4	10	11	11	10	24	61	134
	14種類	6	3	10	11	9	5	10	37	91
	15種類	1	0	6	6	5	7	14	25	64
	16種類	3	3	2	3	4	5	7	12	39
	17種類	4	1	4	1	2	2	4	5	23
	18種類	3	1	4	3	3	5	4	5	28
	19種類	2	1	1	2	1	2	4	5	18
	20種類	1	0	0	0	1	2	1	3	8
	21種類以上	4	3	4	2	2	4	3	3	25
	合計	717	278	363	436	419	693	1,717	3,846	8,469



長期多剤服薬者数(人)※	205
--------------	-----

データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年12月～令和5年3月診療分(4カ月分)。

一時的に服用した医薬品を除くため、処方日数が14日以上 of 医薬品を対象としている。複数医療機関から処方された内服薬のうち、基準月(分析期間最終月)に服用している長期処方薬の種類数を集計する。基準月の服用状況については、基準月に処方された薬剤と基準月以前に処方された長期処方薬を調剤日と処方日数から判定している。

※長期多剤服薬者数…複数医療機関から内服薬が長期(14日以上)処方されており、その長期処方の内服薬が15種類以上の人数。

参考資料: 日本老年医学会「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」

### (3) 生活習慣病治療中断者に係る分析

生活習慣病治療中断者の該当者数は、合計で404人となっており、令和元年と比べると40人減少しています。

また、特定健康診査未受診でかつ生活習慣病に関して治療中断者が244人となっており、生活習慣病治療中断者全体の約60%となっています。(表61)

【表61】 条件設定による指導対象者の特定(生活習慣病治療中断者)

	該当者数(人)
健診未受診でかつ生活習慣病に関して治療中断者	244
上記以外の者	160
合計	404

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

上記以外の者…治療中断者は、健康診査受診の有無、生活習慣病投薬レセプト有無にかかわらず、生活習慣病での受診がある患者の中から抽出する。P114のフローにおいて、「I 健診受診」で健康診査の受診の有無、「V 生活習慣病投薬レセプト」で生活習慣病投薬レセプトの有無をみているため、「6 治療中断者」には健康診査未受診かつ生活習慣病投薬レセプト有の治療中断者のみ格納される。

「上記以外の者」には、「6 治療中断者」の抽出条件に該当しないが、次の①、②のいずれかに該当する治療中断者が格納される。

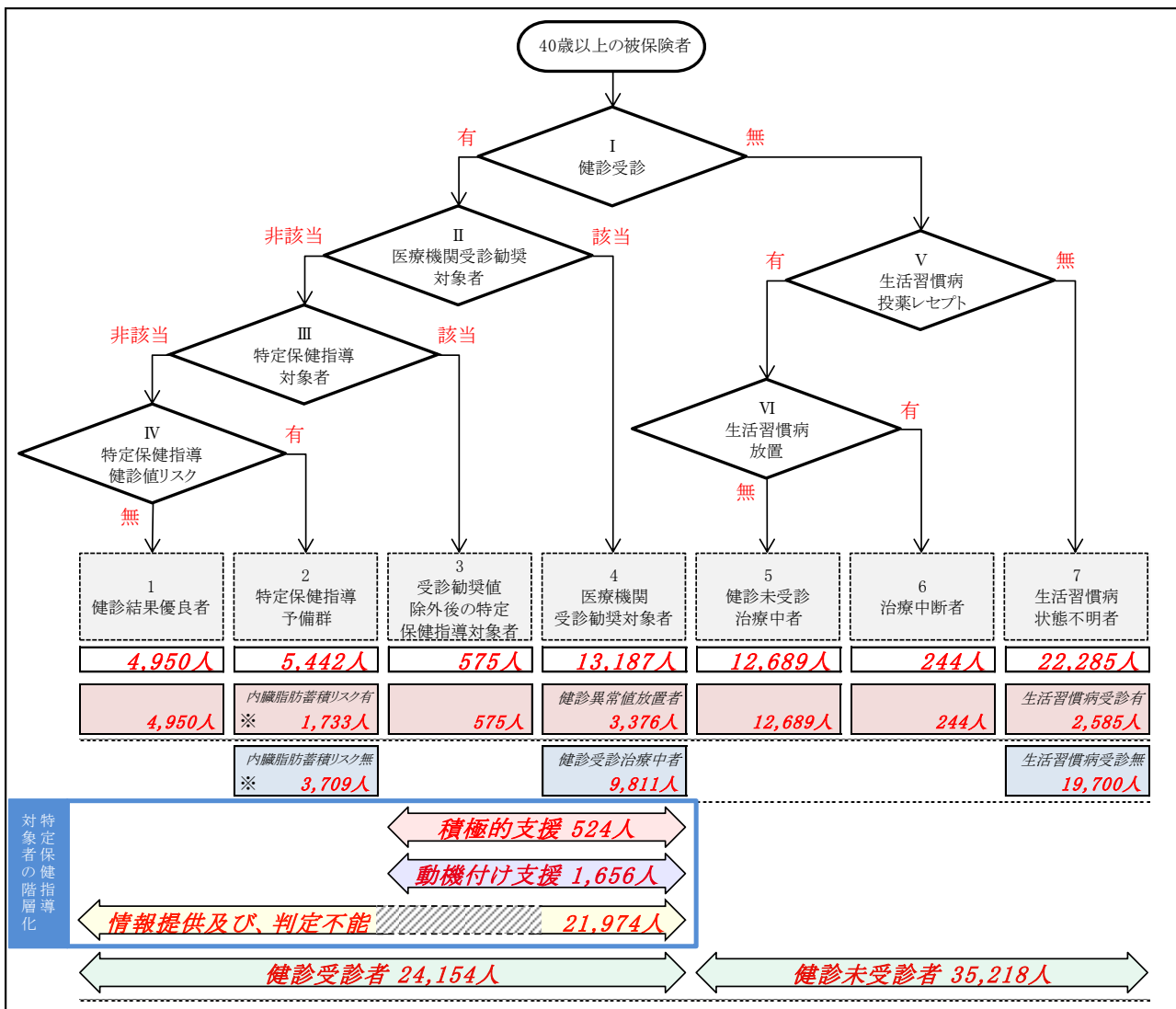
①「1 健診結果優良者」～「4 医療機関受診勧奨対象者」(健診受診者)のうちの治療中断者

②「7 生活習慣病状態不明者」生活習慣病受診有(健診未受診かつ生活習慣病投薬無かつ生活習慣病受診有)のうちの治療中断者

# 9. 被保険者の階層化

令和4年度における健康診査データ及びレセプトデータから被保険者を階層化した結果をみると、特定健康診査未受診で治療なしの「未受診者対策」が必要な方が22,285人います。(図59)

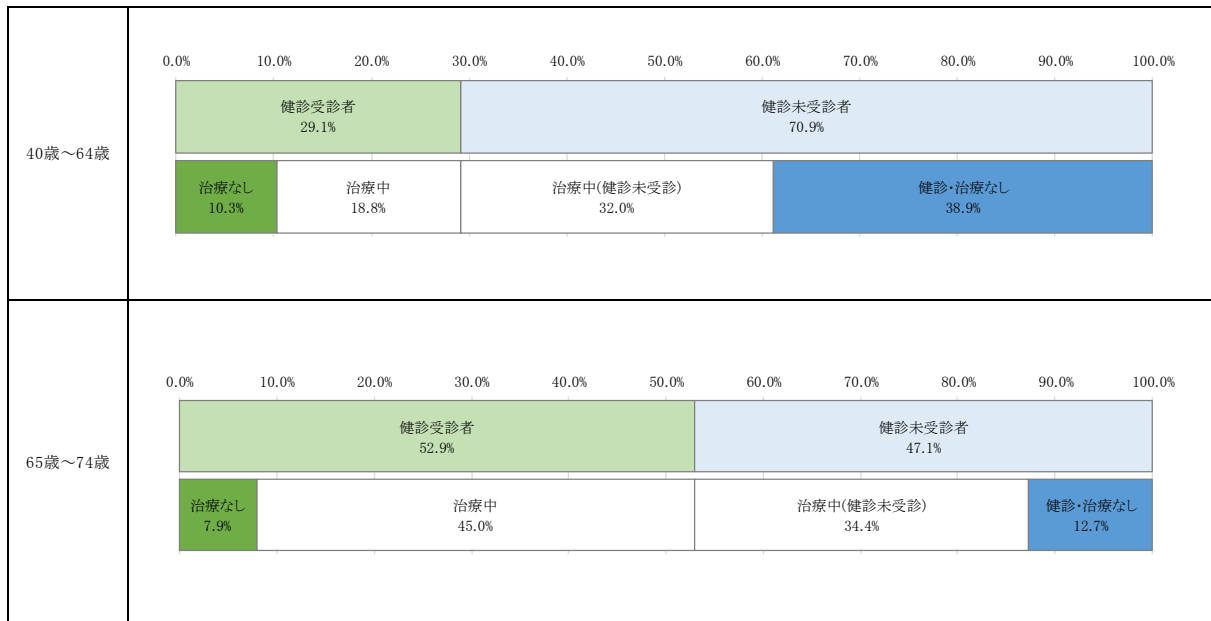
【図59】 特定健康診査及びレセプトデータによる指導対象者群分析



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。  
 対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。  
 データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。  
 資格確認日…令和5年3月31日時点。  
 各フローの詳細については巻末資料「1.「指導対象者群分析」のグループ分けの見方」を参照。  
 ※内臓脂肪蓄積リスク…腹囲・BMIにより内臓脂肪蓄積リスクを判定し階層化。

令和4年度における特定健康診査対象者について、健診受診状況別に生活習慣病の治療状況をみると、「健診・治療なし」が40歳～64歳では38.9%、65歳～74歳では12.7%となっています。(図60)

【図60】 特定健康診査対象者の生活習慣病治療状況(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」  
 ※「治療中」…特定健康診査対象者のうち、生活習慣病のレセプトを持つ患者を対象として集計。

# 第5章 第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)

## 1. 分析結果のアセスメント

健康・医療情報の分析から、入院と人工透析に係る医療費の負担が大きいことが分かりました。これらは基礎疾患として「高血圧症」や「糖尿病」などの生活習慣病を合わせ持つことが多いため、引き続き特定健康診査と特定保健指導を中心とした生活習慣病対策に取り組むとともに、重症化予防に向けた取組をさらに進めていきます。

以上を踏まえて、本計画では優先して取り組む健康課題を4つ設定します。

### 健康課題1 特定健康診査受診率の向上

- 特定健康診査受診率は、国の目標値(60%)を達成できていません。
- 年齢階層別の受診率を見ると、年齢が若いほど受診率が低く、男性では40歳～59歳、女性では40歳～44歳で30.0%を下回っています。

### 健康課題2 生活習慣病の早期発見・早期治療による重症化予防

- 健康診査データより、生活習慣に関連した検査項目(HbA1c, 収縮期血圧, LDLコレステロール)の有所見者割合が高くなっています。
- 特定保健指導は令和2年度より目標値を下回りました。
- メタボリックシンドローム該当状況を見ると、予備群は10.0%, 該当者は18.9%であり、血糖・血圧・脂質のすべての追加リスクを持っている該当者は6.2%です。
- 大分類別医療費の外来では上位4疾病中3疾病, 細小分類による医療費では上位10疾病中5疾病が生活習慣病関連となっています。
- 人工透析の医療費は一人当たり約556万円であり、起因が生活習慣病の者は72.5%(Ⅱ型糖尿病66.4%, 本態性高血圧症6.1%)が占めています。
- 生活習慣病を疾病別の医療費で見ると、1位が腎不全, 2位が糖尿病となっています。

### 健康課題3 医療費適正化と適正受診・適正服薬

- 受診行動の適正化が必要な被保険者が、重複受診では456人, 頻回受診では541人存在します。
- 薬物有害事象の発生や副作用につながると懸念される15剤以上の長期多剤服薬者が205人存在します。
- 国の施策である「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、多剤投与(ポリファーマシー)になりやすい高齢者への対応が求められています。

### 健康課題4 健康寿命延伸と高齢者支援の充実

- 要介護(支援)認定率は県, 同規模, 国より低いですが、平成30年度から令和4年度にかけて第1号(65歳以上)認定者数は増加しています。
- 特定健康診査の質問票の状況の「運動」では、65歳～74歳の回答は国, 県より良い結果となっていますが、要介護(支援)認定者の疾病別有病状況では「筋・骨格」が2位となっています。
- 国の施策である「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、前期高齢者から後期高齢者へのアプローチが求められています。

## 2. 健康課題解決のための対策

前項のアセスメントをもとに4つの健康課題を抽出し、それぞれの健康課題に対して本計画で目指す目的、その目的を達成するための目標を示します。

優先する健康課題	健康課題	計画全体における目的	対応する保健事業番号
1	特定健康診査受診率の向上	生活習慣病の早期発見や生活習慣病に対する意識づけを行うために、40歳～74歳への勧奨に限らず、若年層にも機会を設け、健康診査を習慣化させることで、受診率の向上を図ります。	①, ②, ③
2	重症化予防	レセプトデータ、健康診査データ等から生活習慣病の重症化リスクを有する被保険者を特定し、保健指導、受診勧奨、講座を用いて適切な受療や生活習慣の改善等の行動変容を促し、重症化を予防することで、新規人工透析導入を抑制し、医療費削減を図ります。	④, ⑤, ⑥, ⑦, ⑧
3	医療費適正化と適正受診・適正服薬	重複・頻回受診者、多剤服薬者に通知や訪問指導を行うことで、医療費の適正化、医療資源の有効活用と薬物有害事象発生防止を図ります。	⑨, ⑩
4	健康寿命延伸と高齢者支援の充実	医療・介護データを庁内で共有し、必要な事業につなげる等、連携を進め、地域の健康課題を整理・分析によるフレイル予防を通じて、高齢者を支援する体制づくりに努めます。	⑪

※個別の保健事業については「2. 健康課題を解決するための個別の保健事業」に記載

なお、特定健康診査・特定保健指導については「第4期特定健康診査等実施計画」を策定し、別途実施方法等について示します。(P141 第2部「第4期特定健康診査等実施計画」参照)

※太枠の2026年度は中間評価年度, 2029年度は最終評価年度。

評価指標	計画策定 時実績 2022年度 (R4)	目標値					
		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
健康診査受診率(法定報告値)	44.2%	44.8%	45.1%	45.4%	45.7%	46.0%	46.3%
プレ特定健康診査の受診率	14.1%	14.3%	14.5%	14.6%	14.8%	15.0%	15.2%
18歳から38歳までの健康診査受診率(受診者数/受診券発行数)	53.4%	53.5%	53.6%	53.7%	53.8%	53.9%	54.0%
特定保健指導実施率(法定報告値)	23.4%	24.5%	25.2%	25.9%	26.6%	27.3%	28.0%
参加者が医療機関を受診した割合(健康講座)	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%	61.0%
受診勧奨対象者のうち医療機関受診割合	77.0%	77.5%	78.0%	78.5%	79.0%	79.5%	80.0%
参加者の受診率(糖尿病プログラム)	42.9%	45.0%	46.0%	47.0%	48.0%	49.0%	50.0%
新規透析導入数	54人	53人	52人	51人	50人	49人	48人
対象者の改善率(重複受診)	12.5%	12.6%	12.7%	12.8%	12.9%	13.0%	13.1%
対象者の改善率(多剤服薬)	—	12.0%	12.5%	13.0%	13.5%	14.0%	14.5%
2年連続高血圧未受診者の医療機関受診割合	—	50.0%	50.5%	51.0%	51.5%	52.0%	52.5%
骨粗しょう症検診受診率	23.8%	25.0%	25.5%	26.0%	26.5%	27.0%	27.5%

### 3. 健康課題を解決するための個別の保健事業

#### (1) 保健事業一覧

以下は、分析結果に基づく健康課題に対する対策の検討結果を踏まえ、第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)にて実施する事業一覧を示したものです。

事業番号	事業名称	事業概要	区分	重点・優先度
1-①	特定健康診査受診勧奨事業	過年度における特定健康診査の受診情報等を分析し、効果的な受診勧奨を実施することで特定健康診査受診率の向上を目指す。受診勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	継続	✓
1-②	ブレ特定健康診査	39歳の被保険者に対し、健康診査の機会を設けることで、健康診査受診の習慣化と生活習慣病に対する意識付けを行う。39歳の受診率を向上させることで、40歳の特定健康診査の受診率向上を目指す。	継続	✓
1-③	18歳から38歳までの健康診査	38歳未満の被保険者に対し、健康診査の機会を設けることで、健康診査受診の習慣化と生活習慣病に対する意識付けを行う。	継続	
2-④	特定保健指導利用勧奨事業	特定健康診査の結果、保健指導判定値以上と判定された対象者に、結果通知のタイミングで効果的な利用勧奨を実施し、保健指導実施率の向上を目指す。利用勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	継続	✓
2-⑤	専門医による健康講座	専門医による健康講座を開催し、疾病に対する理解を深めるとともに、未治療者等のハイリスク者に受療勧奨を行うことにより、生活習慣病(高血圧、糖尿病等)の重症化予防を図る。	継続	
2-⑥	重症化予防事業	健康診査結果が受診勧奨値に該当する者の医療機関での受診状況を確認し、未受診者に対し受療勧奨を行うことで医療機関につなげ重症化予防を図る。	継続	
2-⑦	糖尿病性腎症重症化予防事業	人工透析の主な原疾患である糖尿病性腎症の重症化予防を行うことで、新規透析導入患者数の減少、生活習慣病の重症化予防を目的に実施。国、県の指針に沿いつつ、柏市の特色を踏まえて事業展開する。	継続	✓
2-⑧	柏市CKD医療連携システム	特定健康診査の結果、CKD(慢性腎臓病)が疑われる者に対し、かかりつけ医と腎専門医の連携のもと、適切な医療につなげ、重症化予防を図る。	継続	
3-⑨	重複頻回受診者への適正受診勧奨事業	不適切な受診行動(重複受診・頻回受診)を行っている者に対し、正しい受診行動に導く指導を行うことにより、医療費削減を図る。	継続	
3-⑩	多剤服薬者相談支援事業	多くの種類の薬剤を長期で服用している者に対し、適切な服薬を促すことや多剤服薬による健康被害について啓発し、かかりつけ薬局を持つことを勧奨する等の保健指導を行う。	新規	
4-⑪	前期高齢者を中心としたフレイル予防事業(一体的実施)	令和2年度より「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」が開始され、国保保健事業を拡充し実施。またフレイル対策が必要と思われる前期高齢者を対象に、重症化予防や適正受診勧奨事業、骨粗しょう症検診の啓発等も行う。	新規	



## (2) 各事業の実施内容と評価方法

各事業における実施内容及び評価方法の詳細は以下のとおりです。

### 事業番号：1-① 受診勧奨事業【継続】

事業の目的	特定健康診査未受診者に対し、当該年度の受診を促すことにより、受診率向上を図る。
対象者	特定健康診査未受診者で、生活習慣病で医療機関受診中の者、40歳から74歳のうち特定健康診査不定期受診者等、年代や健診受診状況に応じて3～4タイプに区分する。
現在までの事業結果	令和元年度より受診勧奨を外部委託で実施し「人口知能(AI)」や、令和4年度より健診・レセプト分析を行う「IT」を活用した受診勧奨事業を実施した。個性に合わせた勧奨資材を送付することで、受診行動につながり、受診率向上につなげることができた。

#### 今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム (成果) 指標	健康診査受診率(法定報告値)	44.2%	44.8%	45.1%	45.4%	45.7%	46.0%	46.3%
	特定健康診査継続受診率(2年連続)	36.7%	37.0%	37.3%	37.6%	37.9%	38.2%	38.5%
	40歳台・50歳台の受診率	25.8%	26.1%	26.4%	26.7%	27.0%	27.3%	27.6%
	受診勧奨通知送付者の特定健康診査受診率	21.6%	22.0%	22.5%	23.0%	23.5%	24.0%	24.5%
	新規特定健康診査受診者の受診率	4.3%	4.5%	4.7%	4.9%	5.1%	5.3%	5.5%
アウトプット (実施量・率) 指標	特定健康診査対象者に対する受診勧奨割合	51.3%	50.0%	49.5%	49.0%	48.5%	48.0%	47.5%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、民間事業者への委託により実施する。</li> <li>・レセプトや受診行動により対象者分析を行い、グループ化し、効果的かつ効率的な勧奨業務を実施する。</li> <li>・受診券再発行の電子申請等、利用しやすい健診環境の整備を行う。</li> </ul>
----------------	--

#### 現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> <li>・前年度特定健康診査未受診者に対し、対象者の年代、健診受診及び医療機関受診状況を踏まえ、対象者の特性に応じたタイプ別受診勧奨通知を作成し送付している。</li> <li>・受診勧奨の結果、特定健康診査受診に繋がったかの効果検証を行っている。</li> </ul>
--

#### 今後の実施方法(プロセス)の改善案, 目標

<ul style="list-style-type: none"> <li>・未受診者に単純に勧奨通知を送付するのではなく、レセプトや受診行動を分析し、セグメント分けを行う。</li> <li>・多種類の受診勧奨通知を特性に合わせて通知する。</li> <li>・実施時期は前年度を評価し、送付時期を工夫する。</li> </ul>
---

### 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案, 目標

実施体制については, 円滑に事業展開できていたことから, 大きな改善は不要。民間委託により実施し, 健診・レセプト分析を行うため発送までに一定の時間を要する。滞りなく実施するため, 委託事務等が滞りなく行えるよう体制を整える必要がある。

### 評価計画

新規特定健康診査受診者の受診率 = 3年連続未受診者(新規対象者も含) / 受診券発送数 (令和4年度は受診勧奨報告書から抜粋)  
特定健康診査対象者に対する受診勧奨割合 = 受診勧奨通知数 / 受診券発送数

## 事業番号：1-② プレ特定健康診査【継続】

事業の目的	将来的な特定健康診査受診率の向上を図るため、特定健康診査の対象とならない39歳の被保険者に対し、健康診査の機会を設けることで、健康診査受診の習慣化と生活習慣病に対する意識付けを行うもの。39歳の受診率を向上させることで、40歳台の特定健康診査の受診率向上を目指す。
対象者	年度末年齢39歳の者
現在までの事業結果	令和3年度より、特定健康診査実施医療機関へ健診を委託し実施し、受診勧奨として通知を年1回郵送をしている。40歳から始まる健康診査の第1歩として、健診受診の必要性や習慣化を目的としている点については、受診率からも一定の評価ができる。

### 今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	プレ特定健康診査の受診率	14.1%	14.3%	14.5%	14.6%	14.8%	15.0%	15.2%
アウトプット(実施量・率)指標	プレ特定健康診査対象者に対する受診勧奨割合	87.4%	87.0%	86.5%	86.0%	85.5%	85.0%	84.5%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨通知にて健康診断の周知を行う。</li> <li>・対象者が健診を受けやすい環境整備を行う。</li> </ul>
----------------	---

### 現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> <li>・令和3年度より事業を開始した。</li> <li>・該当年度中に満39歳になる対象者に受診券を一斉送付し、特定健康診査の実施基準に基づき、健康診査を実施した。</li> <li>・健康診査の受診勧奨として、通知を年1回郵送をした。</li> <li>・該当者には保健指導および受療勧奨を実施した。</li> </ul>
---

### 今後の実施方法(プロセス)の改善案,目標

<ul style="list-style-type: none"> <li>・該当年度中に満39歳になる対象者に受診券を一斉送付し、特定健康診査の実施基準に基づき、健康診査を実施する。</li> <li>・健康診査の受診勧奨として、通知を年1回通知する。受診形態として、集団健診や休日等の利用しやすい健診形態も周知する。</li> <li>・該当者には保健指導および受療勧奨を実施する。</li> </ul>
---

### 現在までの実施体制(ストラクチャー)

<p>主管部門を健康増進課とし、職員2名が担当。予算編成、関係機関との連絡調整、実施計画書の作成等、滞りなく実施できている。健診は特定健康診査実施協力医療機関に健診を委託している。</p>
--

### 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案,目標

<p>実施体制については、円滑に事業展開できていたことから、大きな改善は不要。健診は引き続き特定健康診査実施協力医療機関に健診を委託する。</p>
---

### 評価計画

<p>プレ特定健康診査受診率＝プレ特定健康診査受診者数／プレ特定健康診査受診券発行数          プレ特定健康診査対象者に対する受診勧奨割合＝プレ受診勧奨通知数／プレ受診券発送数</p>
--

事業番号：1-③ 18歳から38歳までの健康診査事業の周知強化【継続】

事業の目的	将来的な特定健康診査受診率の向上を図るため、特定健康診査の対象とならない40歳未満の被保険者に対し、健康診査の機会を設けることで、健康診査受診の習慣化と生活習慣病に対する意識付けを行う。
対象者	年度末年齢18歳から38歳までの被保険者
現在までの事業結果	18歳から38歳までの健康診査は、保健事業利用券を活用し、指定医療機関で特定健康診査必須項目と同様の健診を実施している。広報、ホームページ、X(旧ツイッター)等での周知や、対象者の健診状況や年齢を考慮し、受診勧奨通知を送付している。健康診査に目が向いていない若年層は受診率の獲得や定着が難しいが、毎年評価・見直しを繰り返して行い、一定の受診率の獲得、また申請者数の増加に繋がった。※令和3年度より「18歳から39歳までの健康診査事業」から名称変更している。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	18歳から38歳までの健康診査受診率	53.4%	53.5%	53.6%	53.7%	53.8%	53.9%	54.0%
アウトプット(実施量・率)指標	18歳から38歳までの健康診査受診券申請率	4.7%	4.8%	4.9%	5.0%	5.1%	5.2%	5.3%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診勧奨通は健診状況、年齢を考慮して発送し、健診の周知を行う。</li> <li>保健事業利用券を活用する事業のため、対象者が利用しやすい環境の整備を行う。</li> </ul>
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> <li>保健事業利用券(1枚1,000円相当を年間8枚交付)を活用し、指定医療機関で特定健康診査必須項目と同様の健診を実施している。広報、ホームページ、X(旧ツイッター)等で周知することに加え、対象者の受診状況や年齢を考慮し、効果的な受診勧奨通知を送付している。</li> <li>令和3年度にプレ特定健康診査を開始したことに伴い、対象年齢・名称の変更等を行った。</li> </ul>
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案, 目標

<ul style="list-style-type: none"> <li>保健事業利用券(1枚1,000円相当を年間8枚交付)を活用し、指定医療機関で特定健康診査必須項目と同様の健診を実施する。</li> <li>広報、ホームページ、X(旧ツイッター)で健診の周知を行う。</li> <li>受診勧奨通知は通知時期や通知数、申請方法の利便性を上げる取り組みを行う。</li> </ul>
---

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<p>主管部門を健康増進課とし、職員2名が担当。予算編成、関係機関との連絡調整、実施計画書の作成等、滞りなく実施できている。健診は特定健康診査実施協力医療機関に健診を委託している。</p>
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案, 目標

<p>実施体制については、円滑に事業展開できていたことから、大きな改善は不要。健診は引き続き特定健康診査実施協力医療機関に健診を委託する。</p>
---

評価計画

<p>18歳から38歳までの健康診査受診率 = 18歳から38歳までの健康診査受診者数 / 18歳から38歳までの健康診査受診券発行数          18歳から38歳までの健康診査受診券申請率 = 受診券発行数 / 18歳から38歳までの被保険者数</p>
--

事業番号：2-④ 特定保健指導利用勧奨事業【継続】

事業の目的	特定保健指導対象者に対し、利用勧奨をすることで、特定保健指導の実施率向上を図る。
対象者	特定健康診査結果で特定保健指導に該当する者で、特定保健指導を利用していないもの
現在までの事業結果	実施機関での利用勧奨に加え、特定保健指導の利用がないものに対して利用勧奨通知の送付・電話勧奨を実施。令和3年度より申請方法に電子申請加えて利用勧奨を行った。また、特定保健指導は、ICTを活用した面談や訪問での実施、インセンティブ事業の導入などを行ってきたが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、外出自粛する傾向があったため、保健指導が実施できず、実施率・利用率ともに落ち込んでいる。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	特定保健指導実施率(法定報告値)	23.4%	24.5%	25.2%	25.9%	26.6%	27.3%	28.0%
	メタボリックシンドローム該当者率	18.9%	18.7%	18.5%	18.3%	18.1%	17.9%	17.7%
	メタボリックシンドローム予備群該当者率	10.0%	9.8%	9.6%	9.4%	9.2%	9.0%	8.8%
	特定保健指導を受けた者の翌年度健診受診率	77.0%	77.5%	78.0%	78.5%	79.0%	79.5%	80.0%
アウトプット(実施量・率)指標	通知送付者数	1343名	1360名	1370名	1380名	1390名	1400名	1410名
	利用勧奨電話により予約した数	121名	130名	140名	150名	160名	170名	180名
	結果説明会実施回数	20回	20回	20回	20回	20回	20回	20回
	1回30分以上運動習慣なしの割合	54.0%	53.5%	53.0%	52.5%	52.0%	51.5%	51.0%
	50歳以上74歳以下における咀嚼良好者の割合	79.8%	80.0%	80.2%	80.4%	80.6%	80.8%	81.0%
	朝昼夕3食以外に間食や甘い飲み物をとる人の割合	20.6%	20.4%	20.2%	20.0%	19.8%	19.6%	19.4%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> <li>・勧奨通知発送後、反応がないものに対して電話での勧奨を行う。</li> <li>・勧奨通知から予約に繋がるよう、予約方法の利便性を高める。</li> <li>・若年層の実施率向上のため、ICTを活用した保健指導環境整備や周知を行う。</li> <li>・特定保健指導委託先と連携し、利用勧奨を行う。</li> </ul>
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

- ・個別健診受診者の特定保健指導対象者については、特定健康診査結果説明時に案内チラシを活用して特定保健指導の利用の勧奨を行い、予約に繋げている。
- ・集団健診受診者については、健診日時時点で特定保健指導対象者と想定される者に対し、初回支援を実施するが、健診日に把握できなかった者については、健診結果確認後に市から利用勧奨通知を送付し、利用に繋げている。
- ・特定保健指導の予約のない者に対し、柏市から個々の健診結果に応じた勧奨通知を送付し、送付後に保健師・管理栄養士の専門職による電話での勧奨を実施している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案, 目標

- ・個別健診受診者の特定保健指導対象者については、特定健康診査結果説明時に案内チラシを活用して特定保健指導の利用の勧奨を行う。
- ・集団健診受診者については、健診日時時点で特定保健指導対象者と想定される者に対し、初回支援を実施するが、健診日に把握できなかった者については、健診結果確認後に市から利用勧奨を行う。
- ・特定保健指導の予約のない者に対し、個々の健診結果に応じた勧奨通知を送付し、送付後に電話での勧奨を実施する。
- ・特定保健指導委託先で特定保健指導の利用がなかったものに対して、再勧奨を行う。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・柏市健康増進課職員が担当している。
- ・特定保健指導の委託先と連携し、利用勧奨から、保健指導を行っている。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案, 目標

- ・特定保健指導の委託先との連携・調整は、柏市健康増進課職員が担当する。
- ・特定保健指導の実施機関には、利用勧奨・特定保健指導の実施率向上の協力体制を構築する。

評価計画

アウトカム指標は、法定報告値(特定保健指導を受けた者の翌年度健診受診率のみ速報値)。  
 アウトプット指標の1回30分以上運動習慣なしの割合、50歳以上74歳以下における咀嚼良好者の割合、朝昼夕3食以外に間食や甘い飲み物をとる人(毎日)の割合は、KDBシステム(質問票調査の状況)を活用する。  
 通知勧奨数については、特定健康診査受診率が向上した場合に保健指導対象者数も増えることが予想されるため、指標は増加傾向とした。

事業番号：2-⑤ 専門医による健康講座

事業の目的	専門医による健康講座を開催し、疾病に対する理解を深めるとともに、未治療者等のハイリスク者に受診勧奨を行うことにより、生活習慣病(高血圧、糖尿病等)の重症化予防を図る。
対象者	特定健康診査結果の血圧や血糖値等が受診勧奨値以上の者等
現在までの事業結果	生活習慣病重症化予防に対するハイリスクアプローチは通知や電話など直接的な手法が多いため、集合形式による健康講座の実施は異なった視点でのアプローチとなり効果的である。 参加者の講座に対する満足度、理解度や受講後の受診行動など、アウトカム、アウトプット評価からも一定の効果がみられた。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	参加者が医療機関を受診した割合	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%	61.0%
	有所見者の割合(BM25以上)	24.8%	24.7%	24.6%	24.5%	24.4%	24.3%	24.2%
	有所見者の割合(中性脂肪150以上)	17.8%	17.7%	17.6%	17.5%	17.4%	17.3%	17.2%
	有所見者の割合(HDL40未満)	3.1%	3.0%	2.9%	2.8%	2.7%	2.6%	2.5%
	有所見者の割合(空腹時血糖100以上)	28.1%	28.0%	27.9%	27.8%	27.7%	27.6%	27.5%
	有所見者の割合(HbA1c5.6以上)	58.0%	57.9%	57.8%	57.7%	57.6%	57.5%	57.4%
	有所見者の割合(収縮期血圧130以上)	49.1%	49.0%	48.9%	48.8%	48.7%	48.6%	48.5%
	有所見者の割合(拡張期血圧85以上)	22.3%	22.2%	22.1%	22.0%	21.9%	21.8%	21.7%
アウトプット(実施量・率)指標	健康講座参加率	6.9%	8.0%	9.0%	10.0%	11.0%	12.0%	13.0%
	健康講座後の受診勧奨率	—	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
	特定健康診査要治療判定者の割合	—	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%

目標を達成するための主な戦略	行動変容に結び付きやすい実施後アンケートの実施、講座実施後の受診勧奨等
----------------	-------------------------------------

### 現在までの実施方法(プロセス)

前年度の特定健診等保健事業検討会にて、翌年度の健康講座について医師会の立場からご意見を伺い、データヘルス計画における健康課題に基づくテーマ決め、対象者の選定基準、講師選び等の計画を立て、翌年度からすぐに動ける体制をとる。

### 今後の実施方法(プロセス)の改善案,目標

生活習慣病重症化予防に対するハイリスクアプローチは通知や電話など直接的な手法が多いため、集合形式による健康講座の実施は異なった視点でのアプローチとなり効果的であるが、講座後受診行動へ移さない対象者へのアプローチが不足していたため、個別アプローチを検討する。

### 現在までの実施体制(ストラクチャー)

主管部門を健康増進課とし、職員2名が担当。予算編成、関係機関との連絡調整、実施計画書の作成等、滞りなく実施できている。

### 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案,目標

実施体制については、円滑に事業展開できていたことから、大きな改善は不要。受講後の受診状況の確認作業に大きな時間を要するため、その際は応援体制を組みかき全体で作業を行う(会計年度職員等も含)。また受講後の受診勧奨については、その内容から専門職が望ましいため体制を整える必要がある。

### 評価計画

アウトカム指標における有所見者状況はKDBシステム(厚生労働省様式5-2)を活用する。  
アウトプット指標の健康講座の参加率は、分母通知数、分子参加者数で求める。講座後の受診勧奨率は、講座受講後、未受診者数に対し、受診勧奨をした割合で求める。



## 事業番号：2-⑥ 重症化予防事業

事業の目的	健康診査結果が受診勧奨値に該当する者の医療機関での受診状況を確認し、未受診者に対し受診勧奨を行うことで医療機関につなげ重症化予防を図る。
対象者	高血糖, 高血圧, 脂質異常及び腎機能低下の基準該当者
現在までの事業結果	ハイリスク者の受診勧奨事業については、「高血圧かつ脂質異常」の区分以外は目標達成に至らなかった。生活習慣病は自覚症状が少なく、また働き盛りの世代は健診で健康状態を確認するにとどまり、受診行動へ移しにくい傾向がある。第2期計画から継続し、今期計画も実施し、継続的なアプローチを行う。

### 今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度, 2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム (成果) 指標	受診勧奨対象者のうち医療機関受診割合	77.0%	77.5%	78.0%	78.5%	79.0%	79.5%	80.0%
	糖尿病の有病割合	8.6%	8.4%	8.2%	8.0%	7.8%	7.6%	7.4%
	HbA1c6.5以上の者の割合	9.4%	9.3%	9.2%	9.1%	9.0%	8.9%	8.8%
	高血圧の有病割合	16.4%	16.2%	16.0%	15.8%	15.6%	15.4%	15.2%
	虚血性心疾患の有病割合	3.3%	3.2%	3.1%	3.0%	2.9%	2.8%	2.7%
	脳血管疾患の有病割合	3.2%	3.1%	3.0%	2.9%	2.8%	2.7%	2.6%
アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨実施割合(通知)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	受診勧奨実施割合(電話)	75.0%	75.5%	76.0%	76.5%	77.0%	77.5%	78.0%

目標を達成するための主な戦略	生活習慣病は自覚症状が少なく、また働き盛りの世代は健診で健康状態を確認するにとどまり、受診行動へ移しにくい傾向があるため、生活習慣病は無自覚のまま気づけば重症化するという事実をきちんと伝えられる通知等の工夫を行う。
----------------	---

### 現在までの実施方法(プロセス)

ハイリスク者の抽出基準については毎年、年度最後の特定健診等保健事業検討会にて、医師会の先生にご検討いただき次年度の基準について確認作業を行う。  
また、年度初めから事業の準備を行い、滞りなく通知発送、レセプト確認作業を行えるよう整える。

### 今後の実施方法(プロセス)の改善案,目標

実施方法は第2期計画と同様。レセプトと健診データより対象者を抽出し、対象者リストを作成するが、膨大な量の確認作業となるため、計画的に事業を実施する。  
また、通知による受診勧奨のほか、さらなるハイリスク群に対し電話勧奨を実施し、健康相談を兼ねた受診勧奨を行う。受診勧奨後のレセプトデータを確認し、効果を検証する。

### 現在までの実施体制(ストラクチャー)

主管部門を健康増進課とし、職員2名が担当。予算編成、関係機関との連絡調整、実施計画書の作成等、滞りなく実施できている。

### 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案,目標

実施体制については、円滑に事業展開できていたことから、大きな改善は不要。対象者の健診後および受診勧奨後の受診状況の確認作業に大きな時間を要するため、その際は応援体制を組み、係全体で作業を行う(会計年度職員等も含)。  
また電話による受診勧奨については、健康相談を行うことから、専門職が望ましいため、体制を整える必要がある。

### 評価計画

受診勧奨対象者のうち医療機関受診割合については「受診者数/勧奨通知送付者数」として割合を算出する。各区分ごとの受診割合については、事業評価として実施する。  
電話勧奨については、より受診を要するものに対し実施する。「電話勧奨実施者数/電話勧奨対象者数」で算出する。  
糖尿病の有病割合はKDBシステム(厚生労働省様式3-2)、高血圧の有病割合はKDBシステム(厚生労働省様式3-3)、虚血性心疾患の有病割合はKDBシステム(厚生労働省様式3-5)  
脳血管疾患の有病割合はKDBシステム(厚生労働省様式3-6)を活用する。  
HbA1c6.5以上の者の割合はKDBシステム(健診ツリー図)を活用する。

事業番号：2-⑦ 糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的	人工透析の主な原疾患である糖尿病性腎症の重症化予防を行うことで、新規透析導入患者数の減少、生活習慣病の重症化予防を目的に実施。国、県の指針に沿いつつ、柏市の特色を踏まえて事業展開する。
対象者	「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に準じた対象者および糖尿病治療中断者
現在までの事業結果	国の重点事業であり、平成29年度に開始。平成29年度、30年度は外部委託で実施していたが、令和元年度より柏市医師会の協力を得て、現在のプログラムの形で実施している。第2期評価時点で、参加者者から新規透析導入患者が出ていないことから、効果的な事業であると評価。 また、第2期計画において「医療費適正化事業」として位置付けていた「治療中断者受診勧奨事業」については位置づけを変更し、重症化予防事業として実施し、通知後の通院状況を含めた評価を行い、ハイリスクアプローチを行う形へ変更する。

今後の目標

(1) 糖尿病性腎症重症化予防プログラム

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	参加者の受診率	42.9%	45.0%	46.0%	47.0%	48.0%	49.0%	50.0%
	参加者の1年後の透析導入率	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
アウトプット(実施量・率)指標	予定人数充足率	83.3%	84.0%	85.0%	86.0%	87.0%	88.0%	89.0%

(2) 糖尿病治療中断者受診勧奨事業

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	受診勧奨対象者のうち医療機関受診割合	15.5%	16.0%	16.5%	17.0%	17.5%	18.0%	19.5%
アウトプット(実施量・率)指標	受診勧奨実施割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	どちらの事業も糖尿病未治療者を対象としている事業であり、受診勧奨が重要である。糖尿病は無自覚のまま気づけば重症化するという事実をきちんと伝えられるプログラムおよび通知の工夫が必要である。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

(1)糖尿病性腎症重症化予防プログラム  
前年度末から年度当初にかけて、柏市医師会と調整し、年度初めの特定健康診査協力医療機関を対象とした説明会にて事業について周知し協力を得る。  
また、特定健診等保健事業検討会、柏市糖尿病性腎症重症化予防検討会の各委員から助言等をもらい、プログラムの見直し、円滑かつ効率的、効果的な事業展開を実施する。

(2)糖尿病治療中断者受診勧奨事業  
KDBの最大抽出年数である5年前にさかのぼり、対象者を抽出。直近の治療歴の確認を行い、通知を発送する。通知後、レセプト確認を行い受診状況を確認する。

今後の実施方法(プロセス)の改善案,目標

(1)糖尿病性腎症重症化予防プログラム  
前年度末から年度当初にかけて、柏市医師会と調整し、年度初めの特定健康診査協力医療機関を対象とした説明会にて事業について周知し協力を得る。  
また、特定健診等保健事業検討会、柏市糖尿病性腎症重症化予防検討会の各委員から助言等をもらい、プログラムの見直し、円滑かつ効率的、効果的な事業展開を実施する。

(2)糖尿病治療中断者受診勧奨事業  
KDBの最大抽出年数である5年前にさかのぼり、対象者を抽出。直近の治療歴の確認を行い、通知を発送する。通知後、レセプト確認を行い受診状況を確認する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

(1)糖尿病性腎症重症化予防プログラム  
主管部門を健康増進課とし、職員4名が担当。予算編成、関係機関との連絡調整、実施計画書の作成等、滞りなく実施できた。

(2)糖尿病治療中断者受診勧奨事業  
主管部門を健康増進課とし、職員2名が担当。予算編成、実施計画書の作成、対象者の抽出等、滞りなく実施できた。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案,目標

実施体制については、円滑に事業展開できていたことから、大きな改善は不要。  
対象者の健診後および受診勧奨後の受診状況の確認作業に大きな時間を要するため、その際は応援体制を組み、係全体で作業を行う(会計年度職員等も含)。

評価計画

(1)糖尿病性腎症重症化予防プログラム  
予定人数充足率=参加者数/定員数 受診率=年度末時点のレセプトで集計  
参加者の1年後の透析導入率=1年後フォロー時点での透析導入状況で評価  
参加者の検査値の変化や生活習慣の変化等については、国の手引きにのっとり、事業評価として行う。

(2)糖尿病治療中断者受診勧奨事業  
受診勧奨対象者のうち医療機関受診割合=受診者数/通知者数

事業番号：2-⑧ 柏市CKD医療連携システム

事業の目的	特定健康診査の結果、CKD(慢性腎臓病)が疑われる者に対し、かかりつけ医と腎専門医の連携のもと、適切な医療につなげ、重症化予防を図る。
対象者	腎機能の低下が認められる者
現在までの事業結果	第2期データヘルス計画策定時の健康課題に基づき、平成29年に柏市CKD医療連携システムが開始。腎機能低下が疑われる者を特定健康診査等で早期に発見し、かかりつけ医と腎専門医の連携のもと、適切な医療につなげる。具体的には、特定健康診査記録票に腎専門医への紹介基準を明確化し、健診受診者への意識付けをするとともに、腎専門基幹病院を示し、かかりつけ医と腎専門医の連携を強化し治療にあたることで重症化予防を推進する。対象者の中には、すでにかかりつけ医で治療中であったり、システムを利用せず腎臓専門医を受診しているケースもあるが、対象者が減少する一方で基幹病院受診者数は増加していることから、システムの稼働については一定の評価ができる。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	新規透析導入数	54人	53人	52人	51人	50人	49人	48人
	透析患者の割合	0.36%	0.35%	0.34%	0.33%	0.32%	0.31%	0.30%
アウトプット(実施量・率)指標	基幹病院につながった割合	17.9%	18.0%	18.5%	19.0%	19.5%	20.0%	20.5%
	「腎専門医を受診」判定者の医療機関受診率	97.9%	98.0%	98.2%	98.4%	98.6%	98.8%	99.0%

目標を達成するための主な戦略	わかりやすいシステムの運用を心がけ、特定健康診査協力医療機関に対し、保健事業説明会を通して柏市CKD医療連携システムについて周知する。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

システムの周知を保健事業説明会で各医療機関に行うとともに、「柏市CKD医療連携システムの手引き」や「スクリーニング」シートを適宜見直し、システムの適正運用に努めた。また、特定健康診査記録票に「CKD判定」欄を設け、市民に対し、CKDの啓発を行った。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案, 目標

システムの適正運用については、対象者が減少する一方で基幹病院受診者数は増加していることから、システムの稼働については一定の評価ができたと判断。 市民に対するCKDの啓発については、今後も工夫し継続して行う。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

主管部門を健康増進課とし、職員2名が担当。予算編成、実施計画書の作成、対象者の抽出等、滞りなく実施できた。
---

### 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案, 目標

実施体制については, 円滑に事業展開できていたことから, 大きな改善は不要。  
第3期計画についても引き続き柏市医師会と連携のもと, 実施していく。

### 評価計画

「腎専門医を受診」判定者の医療機関受診率 = 未受診者 / 「腎専門医を受診」判定者数

事業番号：3-⑨ 重複頻回受診者への適正受診勧奨事業

事業の目的	不適切な受診行動(重複受診・頻回受診)を行っている者に対し、正しい受診行動に導く指導を行うことにより、医療費削減を図る。
対象者	不適切な受診行動(重複受診・頻回受診)を行っている者
現在までの事業結果	適正な受診行動を促すため訪問による保健指導や通知の送付等を実施した。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	対象者の改善率	12.5%	12.6%	12.7%	12.8%	12.9%	13.0%	13.1%
アウトプット(実施量・率)指標	実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	訪問指導率	33.3%	34.0%	35.0%	36.0%	37.0%	38.0%	39.0%

目標を達成するための主な戦略	訪問指導では、自身の考え方を持っていたり、通院することで安心感を得ているケースも多く、なかなか行動変容に結び付けることができにくいものも多いが、重複頻回受診による健康被害を中心にかかりつけ医を持つことを伝えていくことで、適正受診へつなげ、医療費の適正化を図る。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<p>国保連作成の重複頻回者リストを分析し、対象者を抽出。KDB等を用い、レセプト確認し状況把握を行う。訪問該当者には保健師または管理栄養士の複数名体制で訪問。訪問指導後、2～3か月後のレセプトを確認し、評価を行う。</p>
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<p>第2期計画と同様の方法で実施。 訪問保健指導では必要性が伝わりにくいため、手渡しするリーフレット類の工夫を行い、適正受診についてわかりやすい指導を行う。</p>
---

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<p>主管部門を健康増進課とし、職員2名が担当。予算編成、実施計画書の作成、対象者の抽出等、滞りなく実施できた。</p>
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<p>主管部門を健康増進課とし、職員2名が担当。訪問は第2期計画同様複数名での対応できるよう整える。</p>
--

評価計画

<p>アウトプット、アウトカム指標とも、重複受診者と頻回受診者の合計数で算出。          対象者の改善率＝適正受診へ改善した数／訪問対象者数          実施率＝訪問した数(不在時のポストインも含む)／訪問対象者数          訪問指導率＝対面で保健指導した数／訪問対象者数</p>
---

事業番号：3-⑩ 多剤服薬者への相談支援事業

事業の目的	多くの種類の薬剤を長期で服用している者に対し、適切な服薬を促すことや多剤服薬による健康被害について啓発し、かかりつけ薬局を持つことを勧奨する等の保健指導を行う。
対象者	多くの種類の薬剤を長期で服用している者
現在までの事業結果	新規事業

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	対象者の改善率	—	12.0%	12.5%	13.0%	13.5%	14.0%	14.5%
アウトプット(実施量・率)指標	薬剤師等、関係機関との会議数	—	1	1	1	1	1	1
	訪問指導率	—	44.0%	45.0%	46.0%	47.0%	48.0%	49.0%

目標を達成するための主な戦略	千葉県が実施する「市町村国保が行う重複服薬患者への保健指導への薬剤師派遣事業」にエントリーし、柏市薬剤師会の協力を得て患者の選定や訪問保健指導等についての助言をもらう予定。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

第3期データヘルス計画からの新規事業。
---------------------

今後の実施方法(プロセス)の改善案, 目標

第3期データヘルス計画からの新規事業。
---------------------

現在までの実施体制(ストラクチャー)

第3期データヘルス計画からの新規事業。
---------------------

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案, 目標

第3期データヘルス計画からの新規事業。
---------------------

評価計画

訪問指導後の受診状況の確認についてはKDBシステムを活用する。
---------------------------------



事業番号：4-① 前期高齢者を中心としたフレイル予防事業(一体的実施)

事業の目的	フレイル対策が必要と思われる前期高齢者を対象に、重症化予防や適正受診勧奨事業、骨粗しょう症検診の啓発等を行う。
対象者	65歳以上の被保険者および高齢者
現在までの事業結果	新規事業 (令和2年度より「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」が開始され、国保保健事業を拡充し実施) 柏市の基本的な方針は令和3年4月1日に作成

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム (成果) 指標	2年連続高血圧未受診者の医療機関受診割合	—	50.0%	50.5%	51.0%	51.5%	52.0%	52.5%
	糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加者の受診率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	対象者の改善率(重複頻回)	—	12.0%	12.5%	13.0%	13.5%	14.0%	14.5%
	対象者の改善率(多剤)	—	12.0%	12.5%	13.0%	13.5%	14.0%	14.5%
	骨粗しょう症検診受診率	23.8%	25.0%	25.5%	26.0%	26.5%	27.0%	27.5%
アウトプット (実施量・率) 指標	一体的実施関連会議の出席率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	糖尿病性腎症重症化予防プログラムの参加率	25.0%	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%	31.0%
	重複頻回訪問指導率	—	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%	70.0%	75.0%
	多剤服薬訪問指導率	—	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%	70.0%	75.0%

目標を達成するための主な戦略	令和2年度より「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」が開始され、国保保健事業を拡充し実施している。 令和3年度は糖尿病性腎症重症化プログラムの拡充、令和4年度は重複頻回訪問を拡充した。 第3期データヘルス計画では医療費分析をもとに、骨粗しょう症検診について前期高齢者を中心に啓発しフレイル予防に努める。
----------------	---

### 現在までの実施方法(プロセス)

令和2年度より一体的実施に伴うワーキング会議を不定期に実施し、庁内連携体制づくりや現行の事業の拡大について調整を行った。  
令和3年度より「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」が本格的に開始され、国保部門としては以下の事業を拡充して実施した。  
令和3年度は糖尿病性腎症重症化プログラムの拡充、令和4年度は重複頻回訪問を拡充。

### 今後の実施方法(プロセス)の改善案, 目標

医療費分析の結果から、筋・骨格系の医療費が増加していることから、骨粗しょう症の予防と早期介入を目的に骨粗しょう症検診の啓発を他の保健事業と絡めて実施していく。

### 現在までの実施体制(ストラクチャー)

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施については、主管課が地域包括支援課であるが、各保健事業の実施については健康増進課の事業担当者がそれぞれ実施。  
庁内関係会議については健康増進課の保健師2名、歯科衛生士1名が担当として出席している。

### 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案, 目標

第3期データヘルス計画においても「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」については主管課は地域包括支援課であり、国保の保健事業を拡充した事業については健康増進課が実施する。庁内関係会議については健康増進課の保健師等、関係職種が出席する。

### 評価計画

アウトプット, アウトカムとも後期高齢者を算出。  
糖尿病性腎症重症化予防プログラムの参加率 =  $\frac{\text{初回参加者数}}{\text{後期定員数}}$   
その他, アウトプット, アウトカム評価の計画については国保の同保健事業と同様。  
骨粗しょう症健診受診率については柏市全体の受診率であり、保健所年報, 各種計画と一致する。

## 1. 計画の評価及び見直し

### (1) 個別の保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度毎に行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業毎の評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認し、目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討します。

また、特定健診等保健事業検討会等に随時報告し、助言等を得て、次年度の保健事業の実施や計画の見直しに反映させます。

### (2) 計画全体の評価・見直し

#### ① 評価の時期

最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行い、第4期計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度上半期に仮評価を行います。

#### ② 評価方法・体制

計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価を行います。また、評価に当たっては、後期高齢者医療広域連合と連携して行うなど、必要に応じ他保険者との連携・協力体制を整備します。

## 2. 計画の公表・周知

本計画は、広報、ホームページ等で公表するとともに、あらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。

## 3. 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いに当たっては個人情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき適切に管理します。また、業務を外部に委託する際も同様に取り扱われるよう、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとします。

## 4. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項

令和2年4月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が本格施行となり、被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現を目指す、地域包括ケアシステムの充実・強化が推進されています。地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように支援する仕組み(システム)のことです。地域包括ケアシステムの充実に向けて、下記の取り組みを実施していきます。

### ① 地域で被保険者を支える連携の促進

・医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援などについての議論の場に国保保険者として参加し、地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画

### ② 課題を抱える被保険者層の分析と地域で被保険者を支える事業の実施

・レセプトデータ、介護データ等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、当該ターゲット層に対する支援や介護予防を目的とした健康教室等のプログラムの実施

庁内各部門及び地域における多様な専門機関、事業者、団体等の関係機関との連携により、関係者間で包括的に地域の実態把握・課題分析を共有し、地域が一体となって取り組みを推進します。

## 5. 他の健診との連携

特定健康診査の受診率向上の方策とし、がん検診等との同時受診が有効とされていることから、柏市で実施しているがん検診との同日実施の体制整備に引き続き取り組みます。

また、若い世代からの健診の習慣化や生活習慣病の早期発見早期治療を目的に「18歳から38歳までの健康診査」、「プレ特定健康診査」を引き続き実施するとともに、75歳以上の方に対しては、千葉県後期広域連合から委託を受け「75歳以上の健康診査」を実施し、若い世代から後期高齢者まで、切れ目のない健康診査を実施します。さらに、健康増進の視点から「骨粗しょう症検診」や「歯周病検診」の周知啓発を行い、健康寿命の延伸に向けて取り組みます。

## 6. 保健事業利用券の活用

保健事業利用券による費用助成を実施しています。若い世代からの健診の習慣化(18歳から38歳までの健康診査)だけでなく、運動、歯科口腔衛生等に活用し、被保険者の健康の保持増進のため引き続き取り組みます。

第2部  
第4期特定健康診査等実施計画

# 第1章 特定健康診査等実施計画について

## 1. 計画策定の趣旨

近年、急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化など、大きな環境変化に直面し、医療制度を今後も持続していくための構造改革が急務となっています。

このような状況に対応するため、2006年(平成18年)の医療制度改革において特定健康診査・特定保健指導の仕組みが導入され、2008年度(平成20年度)から高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「法」という。)により、医療保険者は被保険者に対し生活習慣病に関する健康診査及び保健指導を実施することとされました。

柏市国民健康保険においても、法第19条に基づき特定健康診査等実施計画(第1期～第3期)を策定し、特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施に努めてきました。本計画は2018年度(平成30年度)から2023年度(令和5年度)の6年間の評価を踏まえ、2024年度を初年度とする第4期特定健康診査等実施計画を策定します。

## 2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ

計画の策定にあたっては、法第19条を踏まえるとともに、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」等で実施した医療費分析や評価指標を用いて、「柏市健康増進計画」等それぞれの計画との整合性を図るものとします。

## 3. 計画期間

計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

## 4. データ分析期間

### ■入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

単年分析

令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)

### ■健康診査データ

単年分析

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

年度分析

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月健診分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月健診分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

### ■国保データベース(KDB)システムデータ

平成30年度～令和4年度(5年分)

# 第2章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価

## 1. 取り組みの実施内容

以下は、特定健康診査及び特定保健指導に係る、これまでの主な取り組みを示したものです。

### 【特定健康診査】

事業分類	取り組み	実施内容
特定健康診査受診率向上対策	受診しやすい体制づくり	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 集団健診とがん検診との同日実施</li> <li>・ 集団健診の土曜日実施</li> <li>・ 休日・夜間に受診可能な医療機関の情報提供</li> </ul>
	周知・啓発	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 広報かしわ, 柏市ホームページ, X(旧ツイッター)</li> <li>・ こんにちは国保です(小冊子), 健康手帳</li> <li>・ 高齢者いきいきガイド, 地域健康だより</li> <li>・ あらゆる場面でのチラシによる周知啓発</li> </ul> 出張所・近隣センター, 柏駅ダブルデッキラック, 柏市内医療機関, 食品衛生責任者講習会, 保健事業利用券申請者, 柏市民健康づくり推進員, 幼児健康診査, がん検診会場, 大型商業施設内の情報提供コーナー 他
	未受診者への勧奨	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ IT技術を用いた受診勧奨はがきの発送</li> <li>・ 医療機関と連携した治療中者への受診勧奨</li> </ul>
	特定健康診査以外の健診結果受領	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ JA・商工会等との連携</li> <li>・ 個人に対する職場等での健診結果提供の働きかけ</li> <li>・ 医療機関と連携した治療中者の検査データの活用</li> </ul>

### 【特定保健指導】

事業分類	取り組み	実施内容
特定保健指導実施率向上対策	特定保健指導実施率の向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定健康診査実施医療機関での適切な階層化と利用勧奨</li> <li>・ 医療機関ごとの状況に応じた保健指導の実施</li> <li>・ 保健指導実施医療機関の拡大</li> <li>・ 対象者のニーズに合わせた保健指導会場の設定</li> <li>・ 休日保健指導の実施</li> <li>・ 集団健診受診者への保健指導の分割実施</li> <li>・ 手紙や電話等での利用勧奨の実施</li> <li>・ JA・商工会等, 他機関と連携した保健指導の利用勧奨と実施</li> <li>・ 遠隔面談(ZOOM等)の導入</li> <li>・ 電子申請による保健指導予約</li> <li>・ 利用者へのインセンティブの実施</li> </ul>
	特定保健指導研修会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保健指導実施者を対象とした医師等による専門的な研修会の実施</li> <li>・ 特定保健指導従事者の知識と技術の向上</li> <li>・ 国, 県等の研修会への参加</li> </ul>

【特定健康診査・特定保健指導共通】

事業分類	取り組み	実施内容
高血圧・糖尿病の 発症及び 重症化予防対策	特定保健指導実施率の向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導実施者を対象とした医師等による専門的な研修会の実施</li> <li>・特定保健指導従事者の知識と技術の向上</li> </ul>
	重症化予防 (要受診者への対応)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血糖値や血圧等が受診勧奨値以上の者に対し, 知識の普及と受診勧奨の実施</li> <li>・集団健診受診者のうち要医療対象者に対し, 面談での結果説明および受診勧奨の実施</li> </ul>
	糖尿病性腎症重症化予防	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症重症化予防プログラムの実施</li> <li>・柏市医師会・協力医療機関・かかりつけ医との連携</li> <li>・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業による後期高齢者への拡充</li> </ul>
	柏市CKD医療連携システム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・柏市CKD医療連携システムの構築</li> <li>・効率的かつ効果的なシステムの活用に関する検討</li> <li>・対象者の専門病院受診状況の確認及び受診状況の管理</li> <li>・柏市医師会・特定健康診査実施医療機関・腎専門医・かかりつけ医との連携</li> </ul>



## 2. 特定健康診査の受診状況

以下は、平成20年度から令和5年度（見込み値）における、特定健康診査の受診状況を示したものです。

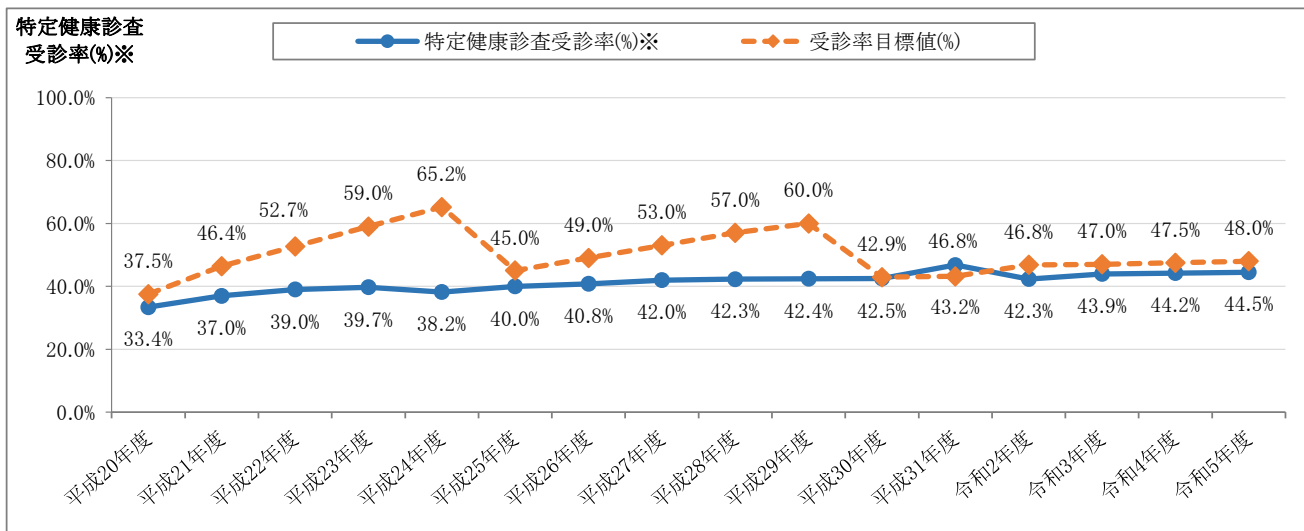
【表62】 特定健康診査受診率及び目標値

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
特定健康診査対象者数(人)	66,613	67,547	68,025	69,462	70,400	70,565	70,413	68,745
特定健康診査受診者数(人)	22,229	24,989	26,520	27,581	26,874	28,204	28,740	28,852
特定健康診査受診率(%)※	33.4%	37.0%	39.0%	39.7%	38.2%	40.0%	40.8%	42.0%
受診率目標値(%)	37.5%	46.4%	52.7%	59.0%	65.2%	45.0%	49.0%	53.0%
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
特定健康診査対象者数(人)	65,404	62,944	60,360	58,824	58,578	57,167	53,564	52,804
特定健康診査受診者数(人)	27,664	26,686	25,650	27,502	24,789	25,120	23,678	23,498
特定健康診査受診率(%)※	42.3%	42.4%	42.5%	46.8%	42.3%	43.9%	44.2%	44.5%
受診率目標値(%)	57.0%	60.0%	42.9%	43.2%	46.8%	47.0%	47.5%	48.0%

特定健康診査対象者数、特定健康診査受診者数、特定健康診査受診率は法定報告値。

※特定健康診査受診率…特定健康診査対象者に対する特定健康診査受診者数の割合。

【図61】 特定健康診査受診率及び目標値



特定健康診査対象者数、特定健康診査受診者数、特定健康診査受診率は法定報告値。

※特定健康診査受診率…特定健康診査対象者に対する特定健康診査受診者数の割合。

以下は、平成20年度から令和5年度（見込み値）における、特定保健指導の実施状況を示したものです。

【表63】特定保健指導実施率及び目標値

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
特定保健指導対象者数(人)	3,149	3,143	3,216	3,199	2,969	3,042	3,106	3,153
特定保健指導利用者数(人)	334	383	502	488	586	624	506	670
特定保健指導実施者数(人)※	323	371	463	454	543	576	466	633
特定保健指導実施率(%)※	10.3%	11.8%	14.4%	14.2%	18.3%	18.9%	15.0%	20.1%
実施率目標値(%)	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	25.0%	30.0%	35.0%

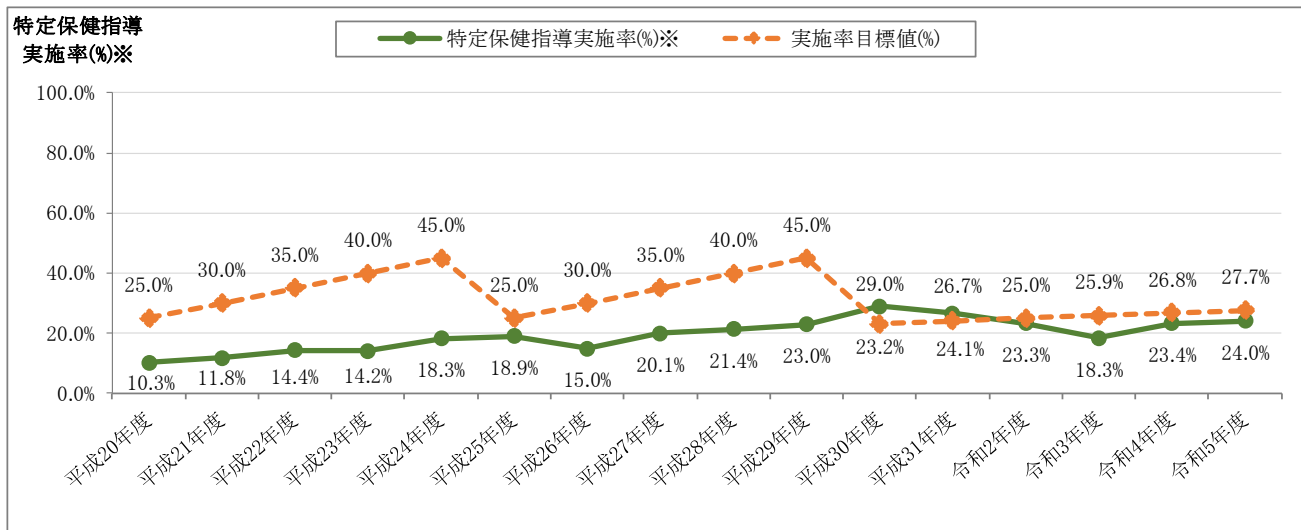
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
特定保健指導対象者数(人)	2,994	2,835	2,732	3,016	2,778	2,736	2,483	2,582
特定保健指導利用者数(人)	674	687	837	830	670	536	594	638
特定保健指導実施者数(人)※	642	651	793	804	647	502	581	620
特定保健指導実施率(%)※	21.4%	23.0%	29.0%	26.7%	23.3%	18.3%	23.4%	24.0%
実施率目標値(%)	40.0%	45.0%	23.2%	24.1%	25.0%	25.9%	26.8%	27.7%

特定保健指導対象者数、特定保健指導利用者数、特定保健指導実施者数、特定保健指導実施率は法定報告値。

※特定保健指導実施者数…特定保健指導を終了した人数。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導実施者の割合。

【図62】特定保健指導実施率及び目標値



特定保健指導実施率は法定報告値。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導終了者の割合。

以下は、支援レベル別の特定保健指導の実施状況を示したものです。

【表64】 積極的支援実施状況

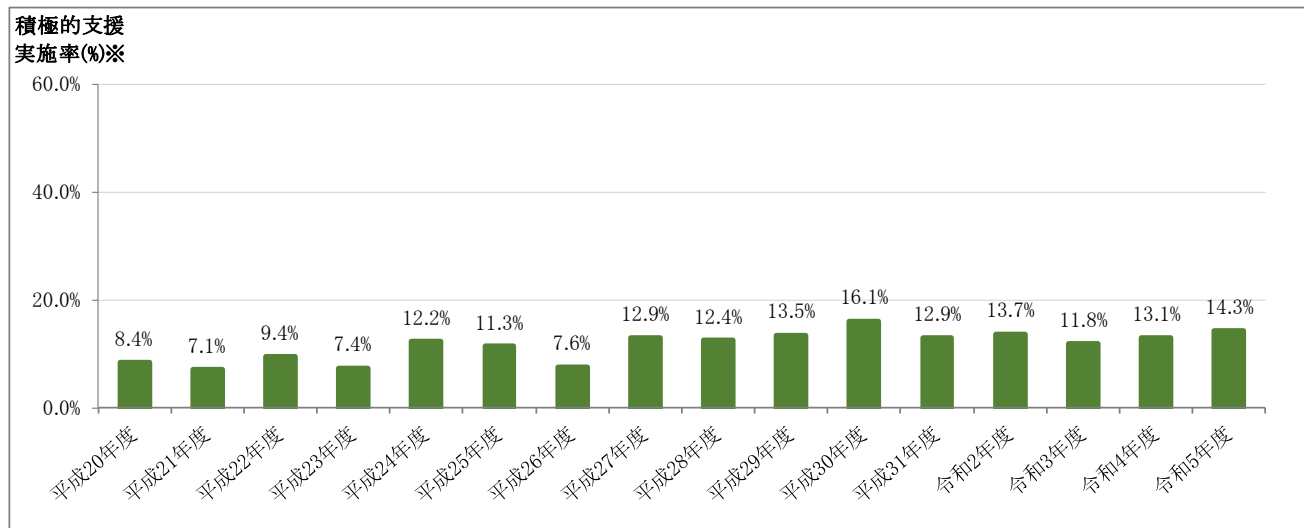
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
積極的支援対象者数(人)	655	665	755	732	645	661	606	688
積極的支援利用者数(人)	61	56	100	85	117	121	82	126
積極的支援実施者数(人)※	55	47	71	54	79	75	46	89
積極的支援実施率(%)※	8.4%	7.1%	9.4%	7.4%	12.2%	11.3%	7.6%	12.9%
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
積極的支援対象者数(人)	587	527	517	587	593	550	574	554
積極的支援利用者数(人)	103	108	117	101	102	90	86	93
積極的支援実施者数(人)※	73	71	83	76	81	65	75	79
積極的支援実施率(%)※	12.4%	13.5%	16.1%	12.9%	13.7%	11.8%	13.1%	14.3%

積極的支援対象者数、積極的支援利用者数、積極的支援実施者数、積極的支援実施率は法定報告値。

※積極的支援実施者数…積極的支援を終了した人数。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

【図63】 積極的支援実施状況



積極的支援実施率は法定報告値。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

【表65】 動機付け支援実施状況

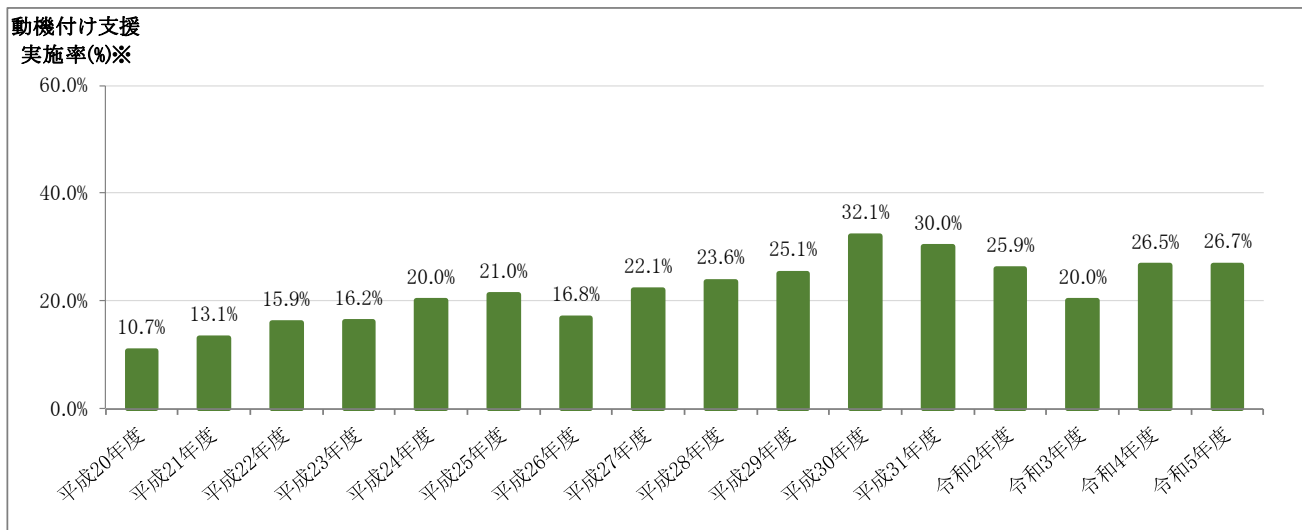
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
動機付け支援対象者数(人)	2,494	2,478	2,461	2,467	2,324	2,381	2,500	2,465
動機付け支援利用者数(人)	273	327	402	403	469	503	424	544
動機付け支援実施者数(人)※	268	324	392	400	464	501	420	544
動機付け支援実施率(%)※	10.7%	13.1%	15.9%	16.2%	20.0%	21.0%	16.8%	22.1%
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
動機付け支援対象者数(人)	2,407	2,308	2,215	2,429	2,185	2,186	1,909	2,028
動機付け支援利用者数(人)	571	579	720	729	568	446	508	545
動機付け支援実施者数(人)※	569	580	710	728	566	437	506	541
動機付け支援実施率(%)※	23.6%	25.1%	32.1%	30.0%	25.9%	20.0%	26.5%	26.7%

動機付け支援対象者数、動機付け支援利用者数、動機付け支援実施者数、動機付け支援実施率は法定報告値。

※動機付け支援実施者数…動機付け支援を終了した人数。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

【図64】 動機付け支援実施状況



動機付け支援実施率は法定報告値。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

### 3. メタボリックシンドローム該当状況

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を見ると、基準該当は18.9%、予備群該当は10.0%となっています。(表66、図65)

【表66】メタボリックシンドローム該当状況

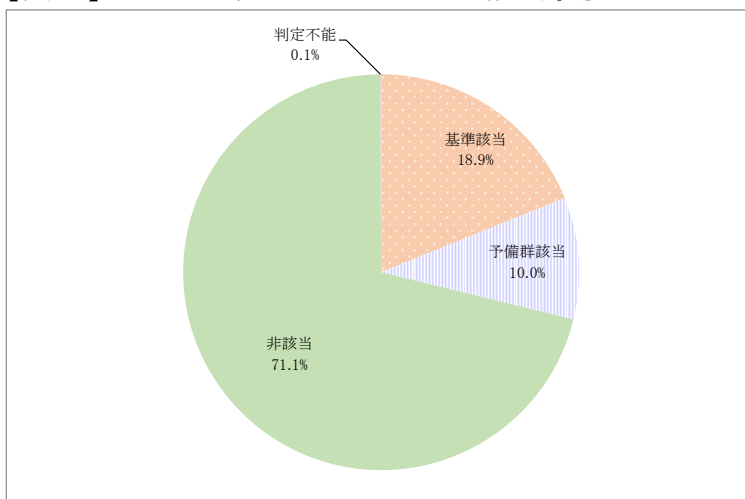
	健診受診者数	基準該当	予備群該当	非該当	判定不能
該当者数(人)	24,154	4,561	2,405	17,165	23
割合(%) ※	-	18.9%	10.0%	71.1%	0.1%

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

【図65】メタボリックシンドローム該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

#### ※メタボリックシンドローム判定基準

腹囲	追加リスク (①血糖 ②脂質 ③血圧)	該当状況
≥85cm (男性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
≥90cm (女性)	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖:空腹時血糖が110mg/dl以上

②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

③血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者も対象となる。

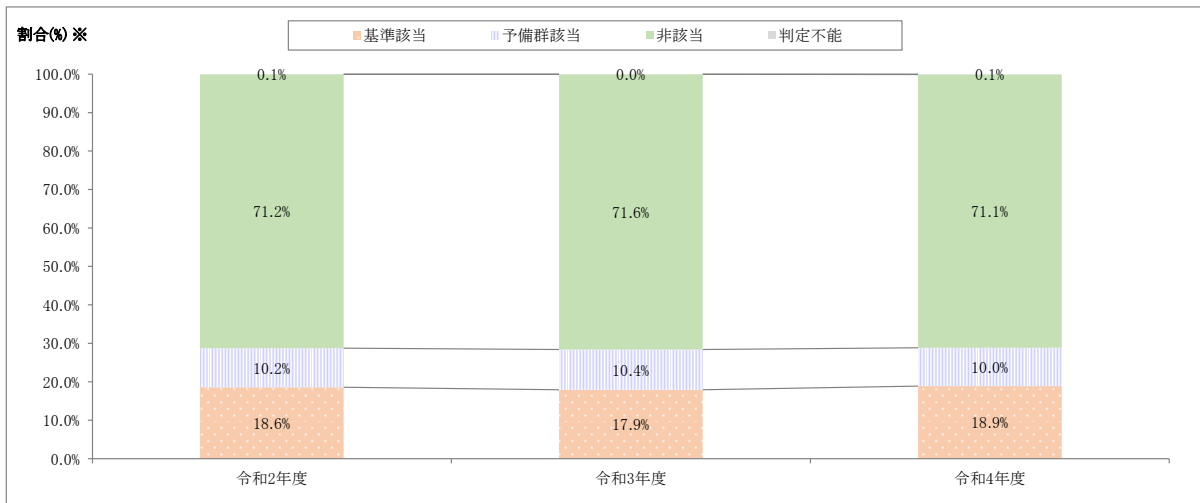
令和2年度から令和4年度における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を年度別に見ると、令和4年度の基準該当18.9%は令和2年度18.6%より0.3ポイント増加しており、令和4年度の予備群該当10.0%は令和2年度10.2%より0.2ポイント減少しています。(表67, 図66)

【表67】 年度別 メタボリックシンドローム該当状況

年度	健診受診者数(人)
令和2年度	23,678
令和3年度	24,688
令和4年度	24,154

年度	基準該当		予備群該当		非該当		判定不能	
	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
令和2年度	4,395	18.6%	2,412	10.2%	16,859	71.2%	12	0.1%
令和3年度	4,425	17.9%	2,579	10.4%	17,673	71.6%	11	0.0%
令和4年度	4,561	18.9%	2,405	10.0%	17,165	71.1%	23	0.1%

【図66】 年度別 メタボリックシンドローム該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和2年4月～令和5年3月健診分(36カ月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

## 4. 第3期計画の評価と考察

### (1) 目標に対する達成状況

#### 特定健康診査受診率

↓ 中間評価で目標値修正

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	42.3%	42.6%	42.9%	43.2%	46.8%	47.0%	47.5%	48.0%
達成状況	—	42.4%	42.5%	46.8%	42.3%	43.9%	44.2%	—

#### 【考察】

特定健康診査については、受診率向上のために、集団健診におけるがん検診の同日実施や土曜日実施、夜間受診可能な医療機関の情報提供を行うなど、受診しやすい体制づくりに努めた。また、未受診者への受診勧奨としてIT技術を用いた受診勧奨はがきの発送などの工夫を行った。受診率は年々増加し、目標値に近づいたため、第3期中間評価時点で目標値の上方修正を行っている。そのため、受診率は目標値には届かなかったが、その後も増加した。

#### 特定保健指導実施率

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	21.4%	22.3%	23.2%	24.1%	25.0%	25.9%	26.8%	27.7%
達成状況	—	23.0%	29.0%	26.7%	23.3%	18.3%	23.4%	—

#### 【考察】

特定保健指導については、2018年度に実施期間が6か月から3か月変更になったことに伴い受診率が急増している。2019年度は集団健診による本格的な分割実施を導入するなど、実施方法を工夫し受診率が向上したが、2020年度以降は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により対面での面談実施が困難となり、実施率が低下している。遠隔実施の導入、電子申請による保健指導の予約等、情報通信技術を活用した保健指導を導入し、訪問保健指導の強化を行い、2022年度は指導率が回復した。第3期計画では、引き続き分割実施、利用勧奨、情報伝達機器を活用した保健指導を継続し、実施率の増加を目指す。

## 特定保健指導対象者数

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	2,994	—	—	—	2,886	—	—	2,858
達成状況	2,994	2,835	2,732	3,016	2,778	2,736	2,483	—

## 特定保健指導対象者の減少率(平成20年度3149人と比較)

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	4.9%	—	—	—	8.4%	—	—	9.2%
達成状況	4.9%	10.0%	13.2%	4.2%	11.8%	13.1%	21.1%	—

### 【考察】

保健指導対象者の減少および重症化予防として、保健指導の実施率向上に関する取り組みとハイリスク者への受療勧奨等を実施した。令和元年度には糖尿病性腎症重症化予防プログラムを見直し、医師会と協力して実施することで、かかりつけ医との連携、正しい病気の理解を普及啓発し、要治療者の受診を目指した。また、柏市CKD医療連携システムにおける効果的・効率的な実施を目指し、かかりつけ医を対象に手引きを作成・配布する等の工夫を行い、新規透析患者の予防に努めた。事業は効果的であったため第4期計画でも実施する。

※減少率は、開始値と終了値の間の差を示します。元の値から減少した分を値の単位に関係なく、パーセントで表します。特定保健指導は平成20年度から開始したため、平成20年度と比較しました。



# 第3章 特定健康診査に係る詳細分析

## 1. 特定保健指導対象者に係る分析

### (1) 保健指導レベル該当状況

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、保健指導レベル該当状況を見ると、積極的支援対象者割合は2.2%、動機付け支援対象者割合は6.9%となっています。

(表68, 図67)

【表68】保健指導レベル該当状況

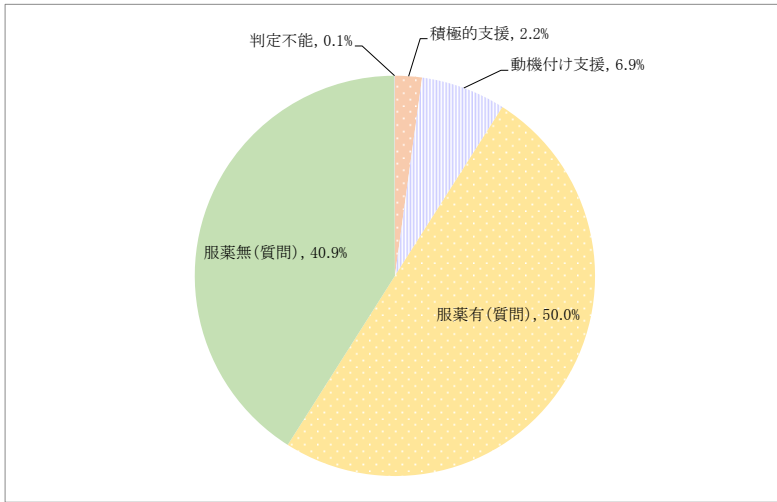
	健診受診者数 (人)	該当レベル					
		特定保健指導対象者(人)			情報提供		判定不能
			積極的支援	動機付け支援	服薬有(質問)	服薬無(質問)	
該当者数(人)	24,154	2,180	524	1,656	12,070	9,889	15
割合(%) ※	-	9.0%	2.2%	6.9%	50.0%	40.9%	0.1%

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

【図67】保健指導レベル該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※特定保健指導の対象者(階層化の基準)

腹囲/BMI	追加リスク	喫煙歴(注)	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血压		40歳-64歳	65歳-74歳
≥85cm(男性) ≥90cm(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BMI ≥25	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	なし		

(注)喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

- ①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上 または HbA1c(NGSP値)5.6%以上  
(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)
- ②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
- ③血压：収縮期血压130mmHg以上 または 拡張期血压85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

※65歳以上75歳未満の者については、積極的支援の対象となった場合でも動機付け支援とする。

保健指導レベル該当状況を年齢階層別に見ると、積極的支援では「50歳～54歳」、動機付け支援では「65歳～69歳」、情報提供服薬有では「70歳～」情報提供服薬無では「40歳～44歳」の割合が一番高くなっています。(表69, 図68)

【表69】 年齢階層別 保健指導レベル該当状況

年齢階層	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)				
		積極的支援		動機付け支援		
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	
40歳～44歳	818	127	68	8.3%	59	7.2%
45歳～49歳	1,039	150	87	8.4%	63	6.1%
50歳～54歳	1,222	184	114	9.3%	70	5.7%
55歳～59歳	1,339	195	114	8.5%	81	6.0%
60歳～64歳	2,382	234	122	5.1%	112	4.7%
65歳～69歳	5,982	520	5	0.1%	515	8.6%
70歳～	11,372	770	14	0.1%	756	6.6%
合計	24,154	2,180	524	2.2%	1,656	6.9%

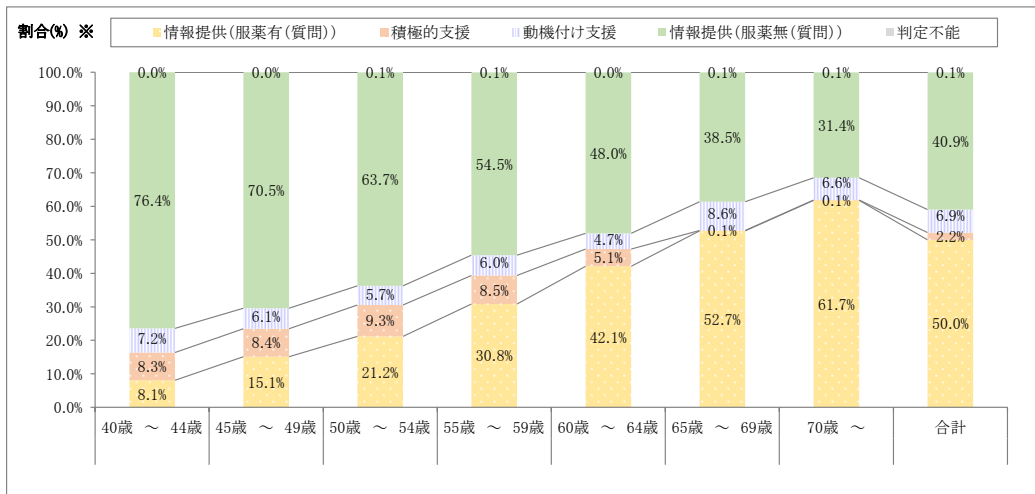
年齢階層	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
40歳～44歳	818	66	8.1%	625	76.4%	0	0.0%
45歳～49歳	1,039	157	15.1%	732	70.5%	0	0.0%
50歳～54歳	1,222	259	21.2%	778	63.7%	1	0.1%
55歳～59歳	1,339	413	30.8%	730	54.5%	1	0.1%
60歳～64歳	2,382	1,003	42.1%	1,144	48.0%	1	0.0%
65歳～69歳	5,982	3,152	52.7%	2,306	38.5%	4	0.1%
70歳～	11,372	7,020	61.7%	3,574	31.4%	8	0.1%
合計	24,154	12,070	50.0%	9,889	40.9%	15	0.1%

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

【図68】 年齢階層別 保健指導レベル該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

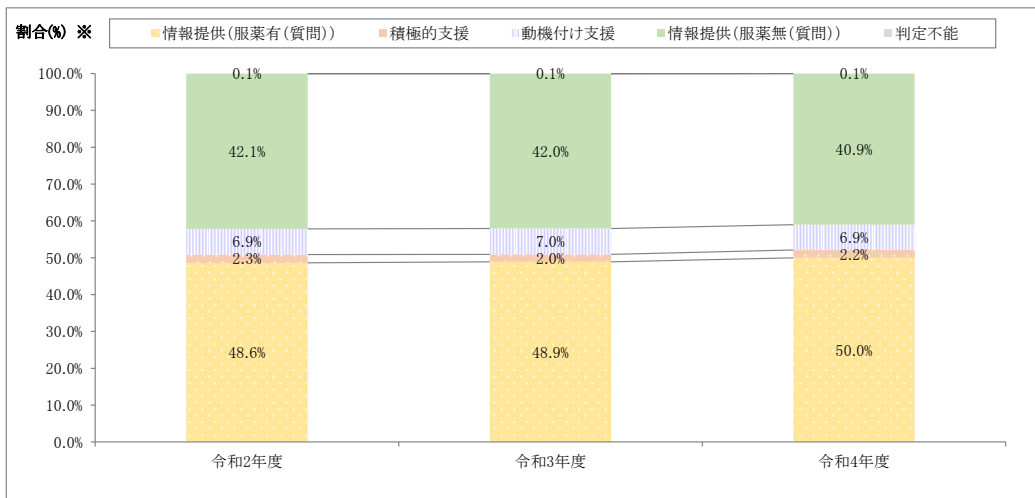
令和2年度から令和4年度における、保健指導レベル該当状況を年度別に見ると令和4年度の積極的支援対象者割合は2.2%で令和2年度2.3%から0.1ポイント減少しており、動機付け支援対象者割合は6.9%で令和2年度からほぼ横ばいとなっています。(表70、図69)

【表70】 年度別 保健指導レベル該当状況

年度	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)				
		積極的支援		動機付け支援		
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	
令和2年度	23,678	2,182	539	2.3%	1,643	6.9%
令和3年度	24,688	2,231	500	2.0%	1,731	7.0%
令和4年度	24,154	2,180	524	2.2%	1,656	6.9%

年度	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
令和2年度	23,678	11,511	48.6%	9,962	42.1%	23	0.1%
令和3年度	24,688	12,077	48.9%	10,360	42.0%	20	0.1%
令和4年度	24,154	12,070	50.0%	9,889	40.9%	15	0.1%

【図69】 年度別 保健指導レベル該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和2年4月～令和5年3月健診分(36カ月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

## (2) 特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況を見ると、積極的支援では「血糖+血压」の組み合わせが95人で一番多く、動機付け支援では「血压」のみが489人で一番多くなっています。(表71)

【表71】 特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

特定保健指導対象者	リスク判定 ※ (該当に●)				リスク因子数	リスク因子組み合わせ	対象者	
	① 血糖	② 血压	③ 脂質	④ 喫煙			2,180人	
積極的支援	●	●	●	●	因子数4	血糖+血压+脂質+喫煙	33人	524人 24%
	●	●	●		因子数3	血糖+血压+脂質	78人	
	●	●		●		血糖+血压+喫煙	30人	
	●		●	●		血糖+脂質+喫煙	21人	
	●		●			血压+脂質+喫煙	47人	
	●	●			因子数2	血糖+血压	95人	
	●		●			血糖+脂質	49人	
	●			●		血压+脂質	80人	
		●		●		血糖+喫煙	21人	
			●	●		血压+喫煙	29人	
				●	因子数1	脂質+喫煙	26人	
	●					血糖	6人	
		●				血压	6人	
			●		因子数0	脂質	0人	
				●		喫煙	3人	
					因子数0	なし	0人	
動機付け支援	●	●	●	●	因子数4	血糖+血压+脂質+喫煙	22人	1,656人 76%
	●	●	●		因子数3	血糖+血压+脂質	133人	
	●	●		●		血糖+血压+喫煙	31人	
	●		●	●		血糖+脂質+喫煙	11人	
	●		●			血压+脂質+喫煙	12人	
	●	●			因子数2	血糖+血压	296人	
	●		●			血糖+脂質	62人	
	●			●		血压+脂質	105人	
	●			●		血糖+喫煙	18人	
		●		●		血压+喫煙	49人	
			●	●	因子数1	脂質+喫煙	19人	
	●					血糖	268人	
		●				血压	489人	
			●		因子数0	脂質	120人	
				●		喫煙	3人	
					因子数0	なし	18人	

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

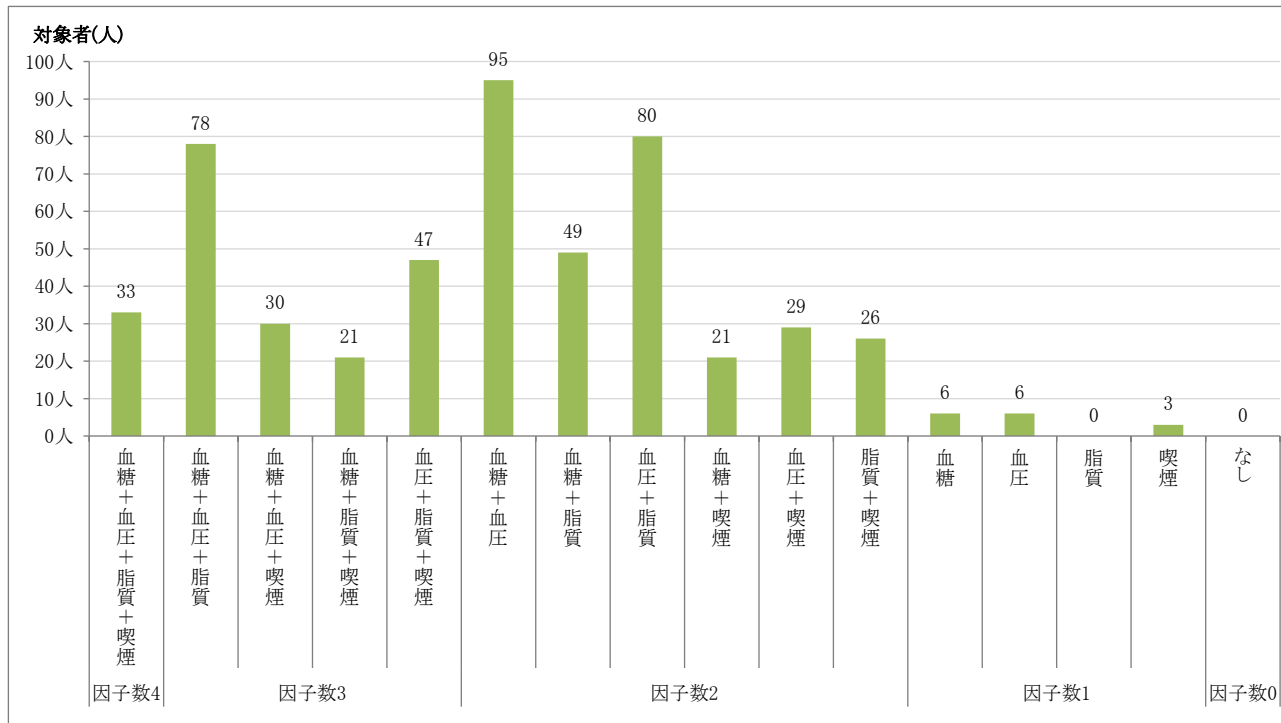
資格確認日…令和5年3月31日時点。

※リスク判定…健診検査値が保健指導判定値を超えている組み合わせ(喫煙については質問回答による)。そのため、厚生労働省が定める保健指導対象者の選定にない組み合わせに該当する場合がある。また、医師の判断等により、リスク因子数が0であっても特定保健指導対象者に分類される場合がある。

リスク判定の詳細は以下のとおりとする。

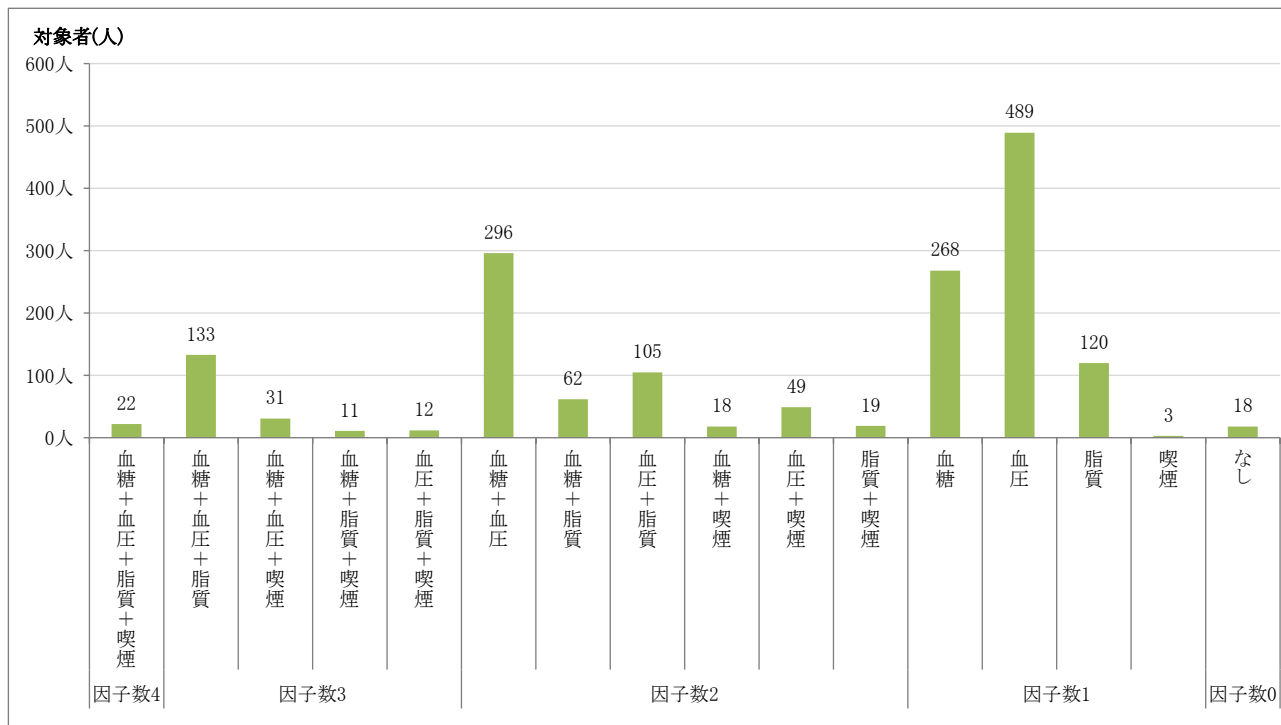
- ①血糖…特定健康診査の検査値において、空腹時血糖100mg/dl以上 または HbA1c5.6%以上(NGSP)  
(空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖を優先し判定に用いる)
- ②血压…特定健康診査の検査値において、収縮期血压が130mmHg以上 または 拡張期血压85mmHg以上
- ③脂質…特定健康診査の検査値において、中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満
- ④喫煙…特定健康診査の生活習慣に関する質問票においてたばこを習慣的に吸っていると回答

【図70】 積極的支援対象者のリスク因子別該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。  
資格確認日…令和5年3月31日時点。

【図71】 動機付け支援対象者のリスク因子別該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。  
資格確認日…令和5年3月31日時点。

### (3) 特定保健指導対象者と非対象者の医療費の比較

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)の積極的支援及び動機付け支援の該当者を「対象者」、情報提供の該当者を「非対象者」とし、更に「非対象者」について、質問票における回答内容から「非対象者(服薬有)」と「非対象者(服薬無)」に分類しました。各分類の生活習慣病医療費について比較した結果を見ると、入院、入院外、合計で情報提供(服薬無(質問))の方の一人当たり医療費が低いため、特定保健指導により「対象者」の生活習慣改善を促し、服薬開始を防ぐことが重要だと分かります。(表72, 図72)

【表72】 特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病医療費

		人数(人)	生活習慣病医療費(円) ※			生活習慣病患者数(人) ※		
			入院	入院外	合計	入院	入院外	合計 ※
対象者	積極的支援、動機付け支援	2,180	254,875	9,339,000	9,593,875	19	299	301
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	9,889	553,137	27,429,505	27,982,642	52	933	938
	情報提供 (服薬有(質問))	12,070	7,346,163	873,349,332	880,695,495	367	11,873	11,873

		人数(人)	生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
対象者	積極的支援、動機付け支援	2,180	13,414	31,234	31,873
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	9,889	10,637	29,399	29,832
	情報提供 (服薬有(質問))	12,070	20,017	73,558	74,176

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む), 入院外, 調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

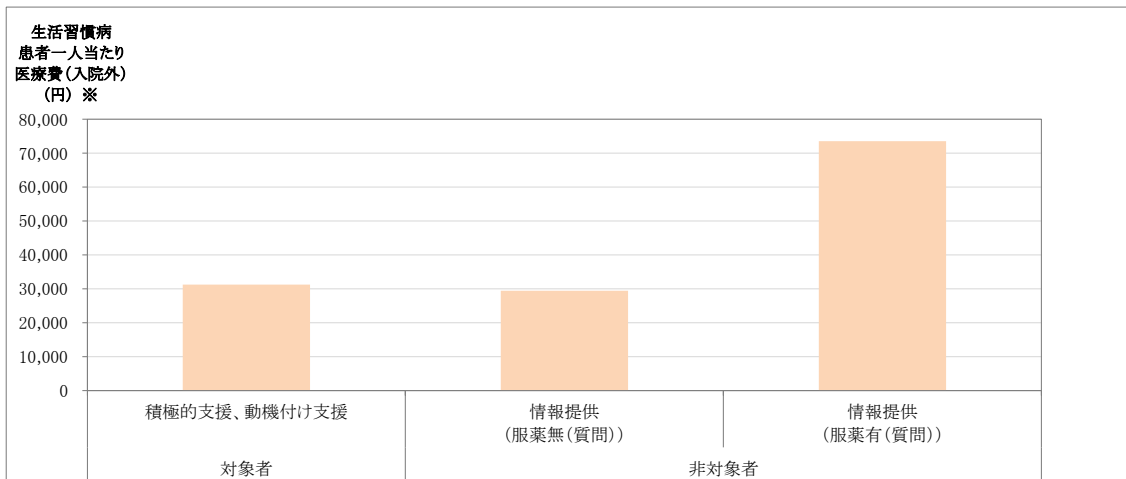
非対象者…健康診査受診における質問表の服薬の項目にて一項目でも「はい」と回答した健康診査受診者は「服薬有」、服薬の全項目「なし」と回答した健康診査受診者は「服薬無」で表記。

※生活習慣病医療費…生活習慣病(糖尿病, 高血圧症, 脂質異常症)で投薬のあった患者の生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数…生活習慣病(糖尿病, 高血圧症, 脂質異常症)で投薬のあった患者数。合計人数は、入院, 入院外の区分けなく集計した実人数。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病, 高血圧症, 脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

【図72】 特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)



データ化範囲(分析対象)…入院外, 調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)…生活習慣病(糖尿病, 高血圧症, 脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの入院外生活習慣病医療費。

# 第4章 特定健康診査等実施計画

## 1. 目標

国では、市町村国保において、計画期間の最終年度である令和11年度までに特定健康診査受診率60.0%以上、特定保健指導実施率60.0%以上、特定保健指導対象者の減少率25.0%以上（平成20年度比）を達成することとしています。本市においては国が定める目標値を最大限に尊重しつつ達成しうる目標値として各年度の目標値を以下のとおり設定します。

【表73】 目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和11年度 (国基準)
特定健康診査受診率(%)	44.8%	45.1%	45.4%	45.7%	46.0%	46.3%	60.0%
特定保健指導実施率(%)	24.5%	25.2%	25.9%	26.6%	27.3%	28.0%	60.0%
特定保健指導対象者の 減少率(%)※	19.0%	19.5%	20.0%	20.5%	21.0%	21.5%	25.0%

※特定保健指導対象者の減少率…平成20年度比。

## 2. 対象者数推計

### (1) 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

以下は、令和6年度から令和11年度までの特定健康診査対象者数及び受診者数について、各年度の見込みを示したものです。

【表74】 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査対象者数(人)	47,661	45,110	42,953	41,115	39,561	38,139
特定健康診査受診率(%) (目標値)	44.8%	45.1%	45.4%	45.7%	46.0%	46.3%
特定健康診査受診者数(人)	21,352	20,345	19,501	18,790	18,198	17,658

【表75】 年齢階層別 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査 対象者数(人)	40歳～64歳	21,754	21,238	20,789	20,334	19,945	19,492
	65歳～74歳	25,907	23,872	22,164	20,781	19,616	18,647
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～64歳	7,274	7,272	7,273	7,259	7,256	7,211
	65歳～74歳	14,078	13,073	12,228	11,531	10,942	10,447

## (2) 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

以下は、令和6年度から令和11年度までの特定保健指導対象者数及び実施者数について、各年度の見込みを示したものです。

【表76】 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定保健指導対象者数(人)	2,531	2,449	2,388	2,332	2,286	2,245
特定保健指導実施率(%) (目標値)	24.5%	25.2%	25.9%	26.6%	27.3%	28.0%
特定保健指導実施者数(人)	620	617	618	620	624	629

【表77】 支援レベル別 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
積極的支援	対象者数(人)	40歳～64歳	769	774	781	782	779	774
	実施者数(人)	40歳～64歳	189	196	201	208	213	217
動機付け支援	対象者数(人)	40歳～64歳	511	511	513	511	510	506
		65歳～74歳	1,251	1,164	1,094	1,039	997	965
	実施者数(人)	40歳～64歳	109	113	118	121	124	126
		65歳～74歳	322	308	299	291	287	286



## 1. 特定健康診査

### (1) 実施形態・実施場所

特定健康診査の実施形態は「個別健診」, 「集団健診」, 「人間ドック」及び「脳ドック」です。受診者は, いずれか一つの方法を選択して受診します。

#### ① 個別健診

柏市医師会への委託により, 柏市内の特定健康診査実施医療機関で実施します。受診者は, 希望する医療機関に直接予約して受診するものとします。

#### ② 集団健診

中央保健センター等を会場として実施します。受診者は, 事前に希望日を予約して受診するものとします。

#### ③ 人間ドック・脳ドック

特定健康診査の全実施項目を含む人間ドックまたは脳ドックを, 委託契約をした医療機関で実施します。受診者は, 希望する医療機関に直接予約して受診するものとします。

### (2) 実施期間

毎年6月から翌年1月までを実施期間とします。

### (3) 費用(受診者負担額)

個別健診, 集団健診の受診者負担は無料です。ただし, 状況に応じて見直しが行われる可能性があります。

人間ドック及び脳ドックについては, 一部受診者負担があります。

### (4) 受診券発行

対象者へは, 5月下旬に特定健康診査受診券, 受診案内及び実施医療機関名簿を個別に送付します。実施期間中の新規適用対象者については, 11月末までの届出者に対して受診券を発行するものとします。対象者ごとに過去3年分の健診結果を同封し, 経年での健診結果が確認できるようにします。

## (5) 実施項目

### ① 基本的な健診項目(受診者全員に実施)

- ・問診(質問項目)
- ・身体計測(身長・体重・BMI・腹囲)
- ・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)
- ・血糖検査(空腹時血糖, HbA1c検査)※
- ・肝機能検査(AST(GOT), ALT(GPT),  $\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP))
- ・尿検査(尿糖, 尿蛋白)
- ・貧血検査(血色素数, ヘマトクリット値, 赤血球数)※
- ・血清クレアチニン検査・eGFR※
- ・血清尿酸検査 ※

### ② 詳細な健診項目(該当者に実施)

- ・心電図検査 ※
- ・眼底検査 ※

※印の健診項目は、生活習慣病等の発症予防・重症化予防の観点から、柏市独自の実施基準により、第3期に引き続いて実施します。

- ・血糖検査：メタボリックシンドローム判定での血糖の基準は、空腹時血糖が優先となりますが、直前の食事の影響を受けにくく血糖コントロールの有効な指標となるHbA1c検査も合わせて実施します。
- ・貧血検査：受診者の約1割に貧血の傾向がみられること、血液が濃くなる多血症では血栓が形成されやすくなることなどから、受診者全員に実施します。
- ・血清クレアチニン検査：慢性腎臓病の診断や治療の指標となる推算糸球体ろ過量(eGFR)の算出に必要な項目となるため、追加項目として受診者全員に実施します。
- ・血清尿酸検査：高尿酸血症はメタボリックシンドロームと関連する生活習慣病であることから、追加項目として受診者全員に実施します。
- ・心電図検査：特定保健指導をより安全に実施するための基礎情報とするため、特定保健指導の対象と予測される者に対して実施します。また、不整脈のある者や血圧が高い者等、診察や問診等から医師が必要と認める者に対しても実施します。
- ・眼底検査：血圧や血糖が高い者等、診察や問診等から医師が必要と認める者に対しても実施します。

## (6) 外部委託

### ① 委託契約方法

個別健診については、柏市医師会や人間ドック実施医療機関と契約し(個別健診方式)、集団健診については、専門機関への委託を行います。

### ② 外部委託の選定について

外部委託は、高齢者の医療の確保に関する法律第28条及び「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」第16条第1項に基づき、厚生労働大臣の告示において定める特定健康診査等の外部委託に関する基準を満たす機関に委託します。

## (7) 健診結果の通知, 受診者への情報提供

医療機関での受診者(個別健診, 人間ドック及び脳ドック)へは、実施医療機関から受診者に直接健診結果を通知します。併せて、柏市が作成する「かしわ健康づくり通信」を配付して、受診者全員に生活習慣改善に向けての助言指導や情報提供等を行うとともに、再検査や治療等が必要な者に対しては受診勧奨を行います。

また、実施医療機関において保健指導レベルの階層化を行い、特定保健指導対象者に対しては保健指導の利用勧奨を実施します。

集団健診の受診者には、柏市から健診結果を通知します。併せて「かしわ健康づくり通信」を配付して生活習慣改善に向けての情報提供を行います。特定保健指導対象者に対しては結果説明会を案内し、保健師または管理栄養士が、結果説明及び保健指導, 受診勧奨等を実施します。

## (8) 代行機関

千葉県国民健康保険団体連合会を代行機関とし、個別健診の費用決済・健診データの登録・法定報告等の事務処理を委託します。

<代行機関名> 千葉県国民健康保険団体連合会

<所在地> 千葉市稲毛区天台6丁目4番3号

## 2. 特定保健指導

### ①対象者

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い、対象者を抽出します。ただし、質問票により服薬中と判断された者は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当であるため、対象者から除くこととします。また、65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみ実施します。

【表78】 特定保健指導対象者の選定基準

腹囲/BMI	追加リスク	喫煙歴(注)	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40歳-64歳	65歳-74歳
≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当	あり		
		なし		
上記以外でBMI ≥25	3つ該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり		
	1つ該当	なし		

(注) 喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上 または HbA1c(NGSP値) 5.6%以上

(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)

②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl以上(やむをえない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上) または HDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

### ②実施方法

#### ア. 実施場所

委託契約を結んだ医療機関等で実施します。

#### イ. 実施内容

保有するリスクの数に応じて階層化された保健指導対象者に対し、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施します。第4期計画期間においては、特定保健指導の質の向上、対象者の利便性の向上及び負担軽減を目的として、「評価体系の見直し(アウトカム評価の導入)」、「ICTを活用した特定保健指導の推進」、「特定健診実施後の特定保健指導の早期初回面接実施の促進」等が国の指針として示されています。これらを踏まえ、保健指導の効果的・効率的な実施に努めるものとします。

## 動機付け支援

支援内容	対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に気付き、自ら目標を設定し行動に移すことができるように、対象者の個別性に応じた指導や情報提供等を行う。
支援形態	初回面接による支援のみの原則1回とする。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援 (ICT含む)、 または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援 (ICT含む)。
実績評価	○3カ月以上経過後の評価 設定した行動目標が達成されているか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかを評価する。面接または通信手段を利用して行う。

## 積極的支援

支援内容	特定健康診査の結果から、対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識し、具体的実践可能な行動目標を自らが設定できるように行動変容を促す。 支援者は、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえて目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に支援する。					
支援形態	初回面接による支援を行い、その後、3カ月以上の継続的な支援を行う。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援 (ICT含む)、 または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援 (ICT含む)。 ○3カ月以上の継続的な支援 個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)のほか、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせる。					
実績評価	○3カ月以上経過後の評価 アウトカム評価(成果が出たことへの評価)を原則とし、プロセス評価(保健指導実施の介入量の評価)も併用して評価する。  <b>アウトカム評価</b> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">主要達成目標</td> <td>・ 腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少</td> </tr> <tr> <td>目標未達成の場合の行動変容評価指標</td> <td>・ 腹囲1cm・体重1kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)</td> </tr> </table> <b>プロセス評価</b> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)、電話、電子メール・チャット等)</li> <li>・ 健診後早期の保健指導実施を評価</li> </ul> </td> </tr> </table>	主要達成目標	・ 腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少	目標未達成の場合の行動変容評価指標	・ 腹囲1cm・体重1kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)、電話、電子メール・チャット等)</li> <li>・ 健診後早期の保健指導実施を評価</li> </ul>
主要達成目標	・ 腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少					
目標未達成の場合の行動変容評価指標	・ 腹囲1cm・体重1kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)、電話、電子メール・チャット等)</li> <li>・ 健診後早期の保健指導実施を評価</li> </ul>						

## ウ. 実施時期

特定健康診査の実施時期とあわせ、6月から翌年5月までの間で随時保健指導を開始し、翌年度11月までに終了するものとします。

## エ. 案内方法

医療機関での特定健康診査受診者に（個別健診，人間ドック，脳ドック）については，実施医療機関で保健指導レベルの階層化を行い，特定保健指導対象者に対して保健指導の利用勧奨を実施します。集団健診の受診者については，健診当日に特定保健指導の分割実施を行います。また，健診結果確認後，特定保健指導に該当することが判明した場合には，柏市から保健指導の利用勧奨を行います。

さらに，保健指導の予約のないものについては，書面による案内や電話での利用勧奨を重ねて実施します。

### 3. 目標達成に向けての取り組み

以下は、第4期計画期間における目標達成に向けての取り組みを示したものです。

#### 【特定健康診査】

事業分類	取り組み	主な実施内容
特定健康診査受診率 向上対策	受診しやすい体制づくり	集団健診の工夫(がん検診との同日実施, 土曜日実施), 休日・夜間に受診可能な医療機関の情報提供等を行います。
	周知・啓発	広報かしわ, 柏市ホームページ, X(旧ツイッター)等を活用し, 広く周知啓発を行います。
	未受診者への勧奨	対象者抽出を工夫した受診勧奨通知の発送等を行います。
	特定健康診査以外の健診結果受領	JA・商工会等と連携し, 健診結果の受領を行います。

#### 【特定保健指導】

事業分類	取り組み	主な実施内容
特定保健指導実施率 向上対策	利用しやすい体制づくり	休日保健指導, ニーズに合わせた保健指導会場の設定や集団健診等における特定保健指導の分割実施を行います。
	周知・啓発	特定健康診査実施医療機関からの利用勧奨や健康づくり通信への掲載など, 広く周知啓発を行います。
	未利用者への勧奨	特定保健指導利用勧奨通知の工夫やインセンティブ事業の実施などを行います。
	情報伝達機器を用いた保健指導の実施	ICTを活用した遠隔面談等の実施や, 電子申請を活用した特定保健指導の予約などを行います。
特定保健指導の 質の向上	国・県等で実施の研修会への参加	国や県等で実施される研修会に参加し, 保健指導の質の向上に努めます。
	事例検討会や情報交換会の実施	保健指導従事者間での事例検討会や情報交換会を実施し, 保健指導の質の向上に努めます。

# 4. 実施スケジュール

	実施項目	当年度												次年度				
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	
特定健康診査	対象者抽出	↔																
	受診券送付	↔																
	特定健康診査実施				↔													
	未受診者受診勧奨				↔													
特定保健指導	対象者抽出				↔													
	利用券送付				↔													
	特定保健指導実施				↔													
	未利用者利用勧奨				↔													
前年度の評価								↔										
次年度の計画										↔								



### 1. 個人情報の保護

#### (1) 個人情報保護関係規定の遵守

個人情報の取扱いに当たっては個人情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき適切に管理します。また、業務を外部に委託する際も同様に取り扱われるよう、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとします。

#### (2) データの管理

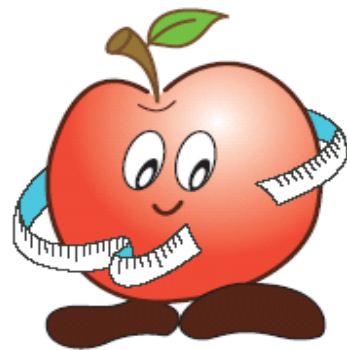
特定健康診査・特定保健指導結果のデータの保存年限は原則5年とし、保存期間経過後適切に破棄します。

また、特定健康診査・特定保健指導のデータについては、個人情報の保護に関する法律、同法に基づくガイドライン等により個人情報の保護に十分配慮しつつ、データの保存を「千葉県国民健康保険団体連合会」に委託します。

### 2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知

本計画は、広報、ホームページ等で公表するとともに、あらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。

また、周知にあたっては、制度の定着・認知度の向上のために制作した、柏市国民健康保険特定健康診査マスコットキャラクター「はかる君」(図73)をシンボルとして継続して積極的に活用していきます。



【図73】

柏市国保特定健診マスコット  
「はかる君」

### 3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

#### (1) 評価

特定健康診査の受診率, 特定保健指導対象者の割合, 特定保健指導の実施率, 特定保健指導の成果(目標達成率, 行動変容率), メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合等について, 客観的に評価を行います。

#### (2) 計画の見直し

計画の見直しについては, 毎年度目標の達成状況の評価し, 必要に応じて見直しを行うものとしします。

### 4. 他の健診との連携

特定健康診査の受診率向上の方策として, がん検診等との同時受診が有効とされていることから, 柏市で実施しているがん検診との同日実施の体制整備に引き続き取り組みます。

また, 若い世代からの健診の習慣化や生活習慣病の早期発見早期治療を目的に「18歳から38歳までの健康診査」「プレ特定健康診査」を引き続き実施するとともに, 75歳以上の方に対しては, 千葉県後期広域連合から委託を受け「75歳以上の健康診査」を実施し, 若い世代から後期高齢者まで, 切れ目のない健康診査を実施します。

柏市国民健康保険  
第3期データヘルス計画  
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年3月

発行 柏市 健康医療部 健康増進課  
〒277-0004 千葉県柏市柏下65-1 ウェルネス柏  
TEL : 04-7164-4455  
FAX : 04-7164-1263