

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



令和6年3月
南丹市

はじめに		
	1. 計画の位置づけ	3
	2. 計画期間	3
	3. 実施体制・関係者連携	4
	4. データ分析期間	5
第1部 第3期データヘルス計画		
第1章 計画策定について		
	1. 計画の趣旨	7
第2章 南丹市の現状と考察		
	1. 南丹市の現状	8
第3章 過去の取り組みの考察		
	1. 第2期データヘルス計画全体の評価	17
	2. 各事業の達成状況	19
第4章 健康・医療情報等の分析		
	1. 医療費の基礎統計	25
	2. 後発医薬品普及率に係る分析	32
	3. 特定健康診査受診状況	33
	4. 特定保健指導実施状況	36
	5. 健康診査データによる分析	40
第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容		
	1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策	45
	2. 健康課題を解決するための個別の保健事業	47
	3. 京都府の共通指標	51
第6章 その他		
	1. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項	52
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	54
	2. メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目する意義	54
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	55
	2. 特定健康診査	56
	3. 特定保健指導	57
第3章 特定健康診査等実施計画		
	1. 目標	58
	2. 対象者数推計	58
	3. 特定健康診査・特定保健指導の実施方法	60
	4. 実施スケジュール	65
	5. 第4期特定健康診査等実施計画における特定健康診査・特定保健指導の変更点	66
第4章 その他		
	1. 個人情報の取り扱い	67
	2. データヘルス計画・特定健康診査等実施計画の公表及び周知	68
	3. データヘルス計画・特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	68
巻末資料		
	1. 用語解説集	70
	2. 疾病分類	72

はじめに

厚生労働省が令和元年に策定した「健康寿命延伸プラン」においては、令和22年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し(平成28年比)、75歳以上とすることを目指すとしている。またそのためには、「次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成」、「疾病予防・重症化予防」、「介護予防・フレイル対策、認知症予防」の3分野を中心に取り組みを推進することとある。健康寿命の延伸は社会全体の課題であるが、目標達成に向けては地域の特性や現状を踏まえた健康施策の検討・推進が必要不可欠であり、目標達成に向けて地方自治体が担う役割は大きくなっている。

また、令和2年から世界的に大流行した新型コロナウイルス感染症は、国内でも感染が拡大し、価値観や生活様式等が大きく変化した。健康・医療分野においては、コロナ禍の中で全国的に健(検)診や医療機関の受診控えがみられ、健(検)診受診率、医療費の動向及び疾病構造等に影響が出た。一方、コロナ禍をきっかけとして、オンライン診療やオンライン服薬指導、ICTを活用した保健指導等の支援サービスの普及が加速度的に進むなど、現在は大きな転換期にある。

南丹市国民健康保険においては、「データヘルス計画」(第1期～第2期)及び「特定健康診査等実施計画」(第1期～第3期)を策定し、計画に定める保健事業を推進してきた。「データヘルス計画」はデータ分析に基づく保健事業の実施内容やその目的・目標を、「特定健康診査実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の実施方法や目標等をそれぞれ定めたもので、いずれも、被保険者の生活の質(QOL)の維持・向上、健康寿命の延伸、その結果としての医療費適正化に資することを目的としている。このたび令和5年度に両計画が最終年度を迎えることから、過去の取り組みの成果・課題を踏まえ、より効果的・効率的に保健事業を実施するために、「第3期データヘルス計画」と「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定する。

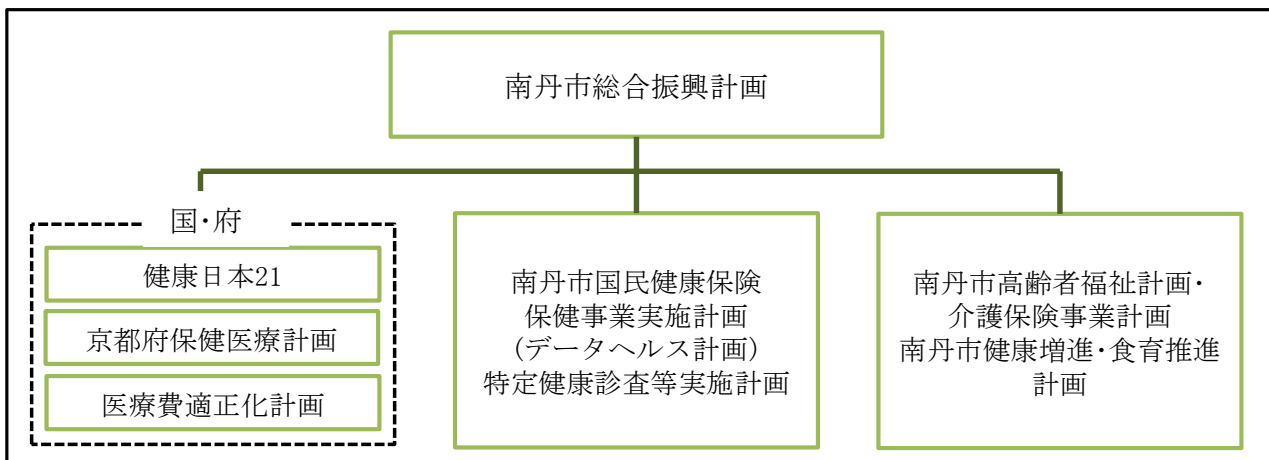
計画書の構成

		目的	根拠法令
第1部	第3期データヘルス計画	健康・医療情報等を活用したデータ分析に基づき、PDCAサイクルに沿った効率的かつ効果的な保健事業の実施計画を定め、実施及び評価を行う。	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(厚生労働省告示)
第2部	第4期特定健康診査等実施計画	特定健康診査等基本指針(厚生労働省告示)に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の実施方法や目標等、基本的な事項を定める。	高齢者の医療の確保に関する法律第19条

1. 計画の位置づけ

保健事業の実施計画(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ある。また、特定健康診査等実施計画においては、高齢者の医療の確保に関する法律第18条に基づき、基本指針に即して、南丹市国民健康保険が特定健康診査等の実施に関する事項を定めるものである。

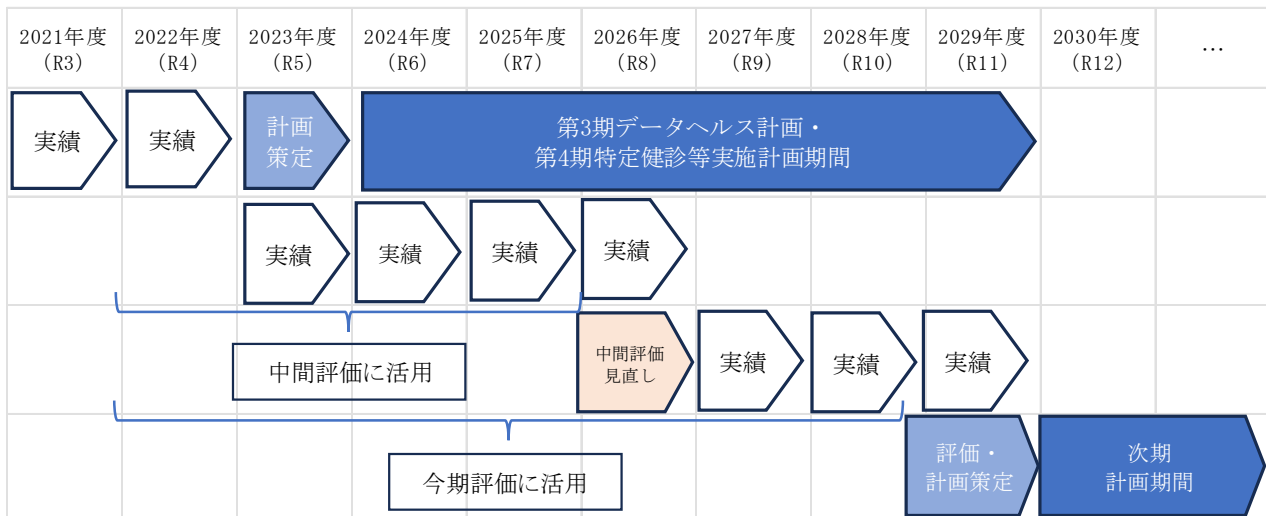
計画の策定に当たっては、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、健康寿命の延伸と健康格差の縮小等を基本的な方向とするとともに、関連する他計画(南丹市高齢者福祉計画・介護保険事業計画、南丹市健康増進・食育推進計画、健康日本21、京都府保健医療計画、京都府医療費適正化計画)と調和のとれた内容とする。本計画において推進・強化する取り組み等については他計画の関連事項・関連目標を踏まえて検討し、関係者等に共有し、理解を図るものとする。



2. 計画期間

計画期間は、関係する計画との整合性を踏まえ、令和6年度から令和11年度までの6年間とする。

計画スケジュール



3. 実施体制・関係者連携

(1) 保険者内の連携体制の確保

南丹市国民健康保険における健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、保健衛生部局等の関係部局や京都府、保健所、国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得て、国保部局が主体となって行う。国民健康保険には幅広い年代の被保険者が属し、その健康課題もさまざまであることから、後期高齢者医療部局や介護保険部局、生活保護部局(福祉事務所等)等と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、後期高齢者や生活保護受給者の健康課題も踏まえて保健事業を展開する。

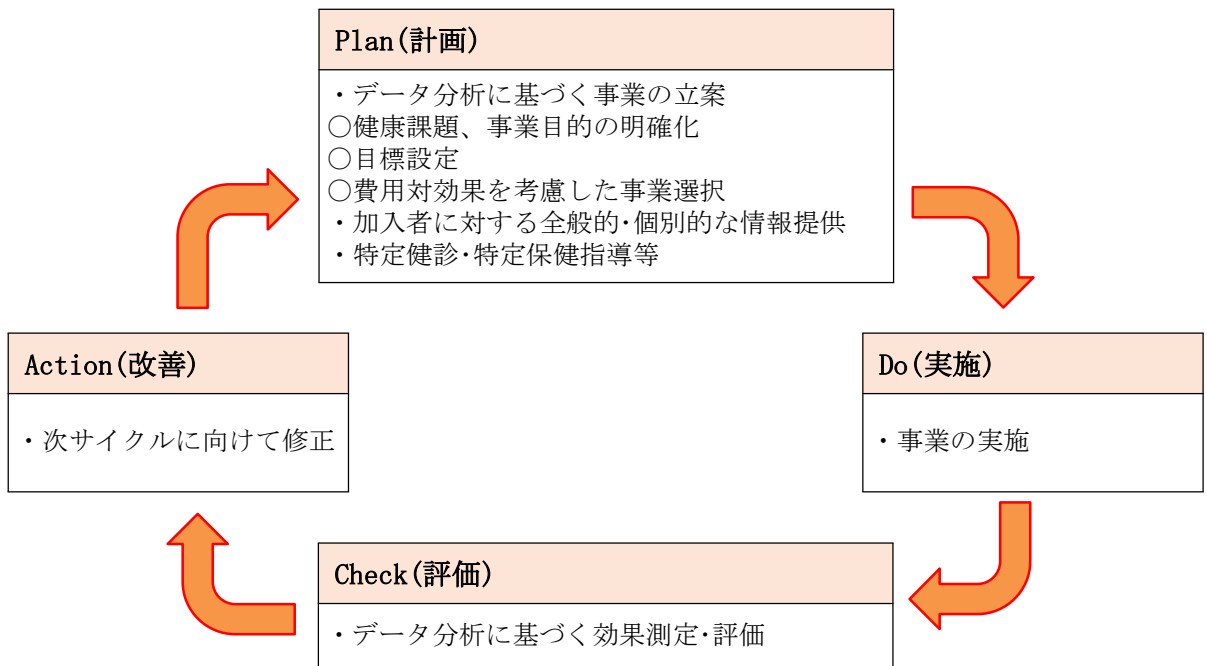
国保部局は、研修等による職員の資質向上に努め、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った計画運用ができるよう、体制を確保する。

(2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となる。共同保険者である京都府のほか、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、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の保健医療関係者等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と健康課題を共有し、連携強化に努める。

また、計画は、被保険者の健康保持増進が最終的な目標であり、被保険者自身が主体的、積極的に健康づくりに取り組むことが重要であることから、自治会等の地域組織との意見交換や情報提供の場の設置、被保険者向けの説明会の実施等、被保険者が議論に参画できる体制を構築し、被保険者の意見反映に努める。

計画の概念図



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

平成30年度 … 平成30年4月 ～ 平成31年3月診療分 (12カ月分)

平成31年度 … 平成31年4月 ～ 令和2年3月診療分 (12カ月分)

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

平成30年度 … 平成30年4月 ～ 平成31年3月健診分 (12カ月分)

平成31年度 … 平成31年4月 ～ 令和2年3月健診分 (12カ月分)

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

平成30年度 … 平成30年4月 ～ 平成31年3月診療分 (12カ月分)

平成31年度 … 平成31年4月 ～ 令和2年3月診療分 (12カ月分)

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)

第1部
第3期データヘルス計画

第1章 計画策定について

1. 計画の趣旨

背景

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、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する。」と掲げられた。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。」と定められた。その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、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)」において、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進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI※の設定を推進するとの方針が示された。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る。

市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられる。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ある。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、地域で一体となって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する。

※KPI…Key Performance Indicatorの略称。重要業績評価指標。

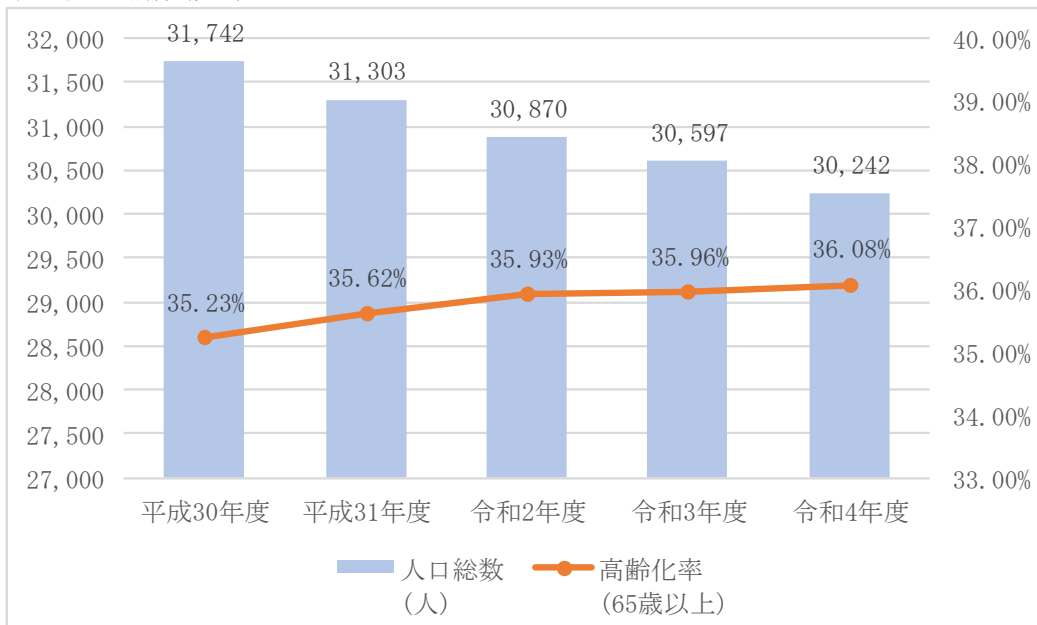
第2章 南丹市の現状と考察

1. 南丹市の現状

(1) 人口構成

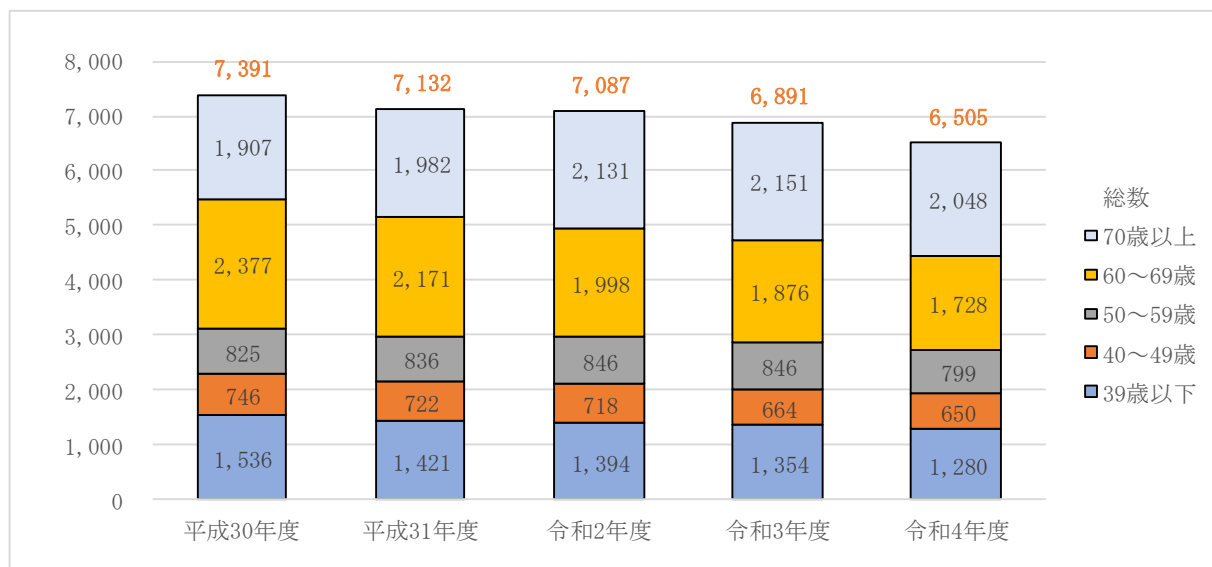
本市の平成30年度から令和4年度における、人口構成概要を年度別に示したものである。令和4年度を平成30年度と比較すると、人口総数30,242人は平成30年度31,742人より1,500人減少しており、高齢化率36.08%は平成30年度の35.23%から0.85%上昇している。また、国民健康保険被保険者数6,505人は平成30年度7,391人より886人減少している。

年度別 人口構成概要



資料:南丹市住民記録年齢別人口集計表

年齢構成別 被保険者数の推移



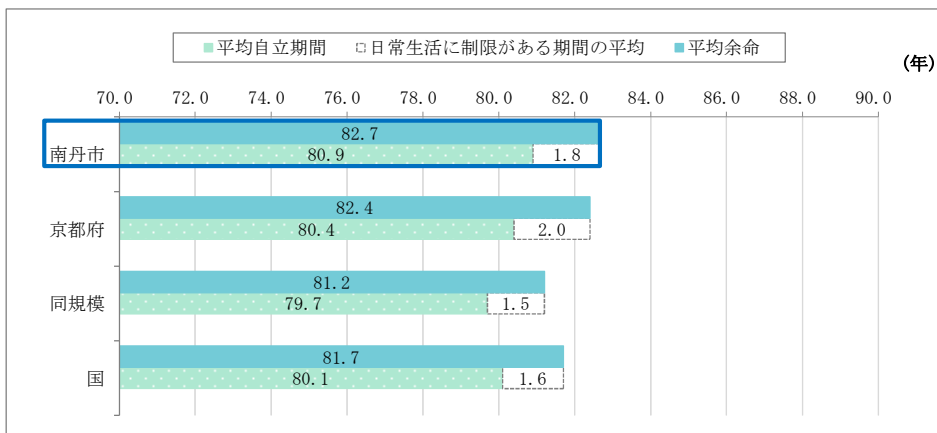
資料:国民健康保険年齢別被保険者集計表

(2) 平均余命と平均自立期間

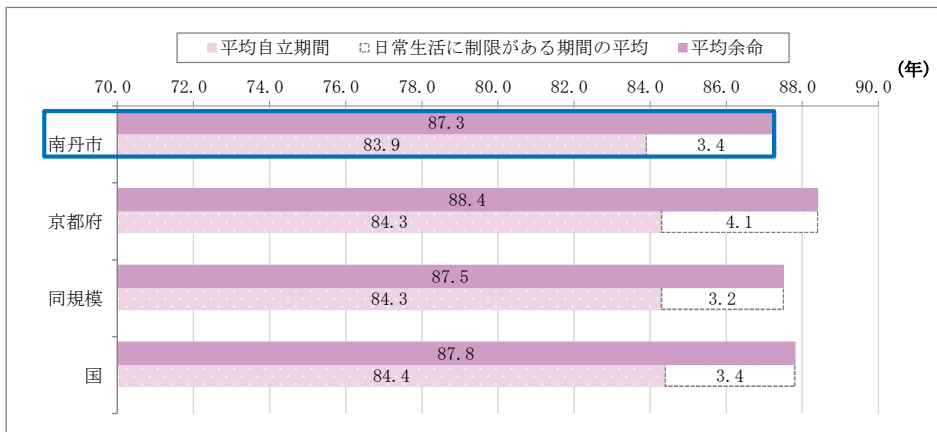
令和4年度における平均余命*1と平均自立期間*2の状況を示したものである。平均余命は、ある年齢の人々その後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命を示している。また、平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つである。平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間*3を意味している。

本市の男性の平均余命は82.7年、平均自立期間は80.9年である。日常生活に制限がある期間の平均は1.8年で、国の1.6年よりも長い傾向にある。本市の女性の平均余命は87.3年、平均自立期間は83.9年である。日常生活に制限がある期間の平均は3.4年で、国の数値と同値となっており、京都府と比較すると短い状況となっている。

(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)

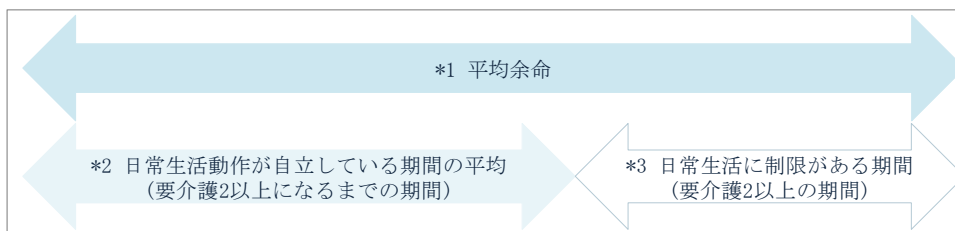


(女性) 平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



資料: 国保データベース (KDB) システム 「地域の全体像の把握」

【参考】 *1 平均余命と *2 平均自立期間、 *3 日常生活に制限がある期間について



*2 平均自立期間とは

平均自立期間はいわゆる健康寿命の1つであり、日常生活が要介護でなく、自立して暮らせる生存期間の平均を指します。

平均自立期間算定においては、要介護を介護保険の「要介護2-5」と定めて「平均自立期間の算定プログラム」にて、平均自立期間を算出

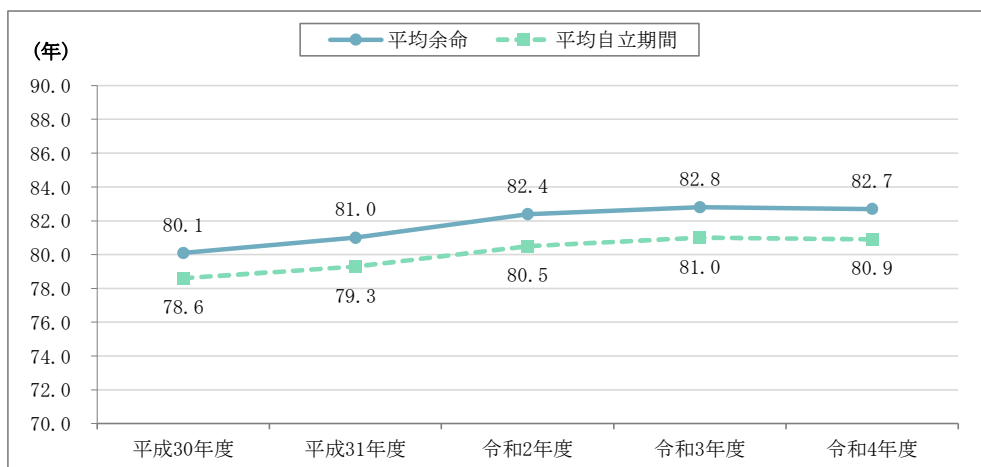
本市の平成30年度から令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものである。日常生活に制限のある期間は、男性では平成30年度は1.5年であったが、令和4年度は1.8年と長くなっている。女性では平成30年度は3.8年であったが令和4年度は3.4年と短くなっている。

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

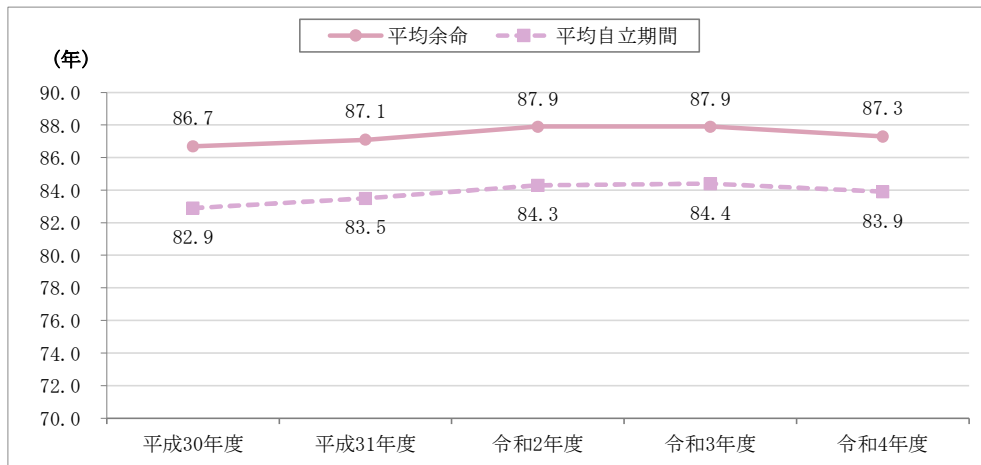
年度	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)
平成30年度	80.1	78.6	1.5	86.7	82.9	3.8
平成31年度	81.0	79.3	1.7	87.1	83.5	3.6
令和2年度	82.4	80.5	1.9	87.9	84.3	3.6
令和3年度	82.8	81.0	1.8	87.9	84.4	3.5
令和4年度	82.7	80.9	1.8	87.3	83.9	3.4

資料:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(男性)年度別 平均余命と平均自立期間



(女性)年度別 平均余命と平均自立期間



資料:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(3) 要介護(支援)認定状況

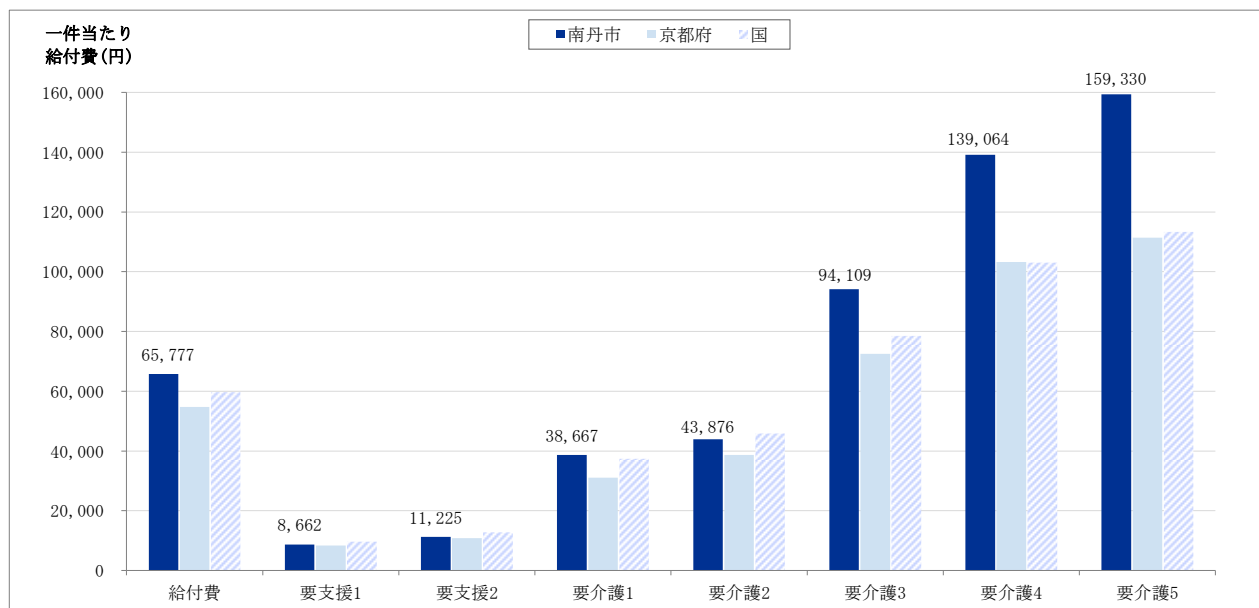
本市の令和4年度における、要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況を示したものである。南丹市の要介護認定率は21.9%であり、京都府の値22.5%よりは低い、全国の値19.4%よりは高い。南丹市は施設サービスを提供できる地域資源が人口規模に対して大きいことから、施設サービスの受給率が高くなる傾向にあることが一因として考えられる。

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	南丹市	京都府	国
認定率	21.9%	22.5%	19.4%
認定者数(人)	2,448	168,944	6,880,137
第1号(65歳以上)	2,415	165,677	6,724,030
第2号(40～64歳)	33	3,267	156,107
一件当たり給付費(円)			
給付費	65,777	54,740	59,662
要支援1	8,662	8,345	9,568
要支援2	11,225	10,704	12,723
要介護1	38,667	30,962	37,331
要介護2	43,876	38,684	45,837
要介護3	94,109	72,476	78,504
要介護4	139,064	103,279	103,025
要介護5	159,330	111,361	113,314

資料: 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

要介護度別 一件当たり介護給付費(令和4年度)



資料: 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

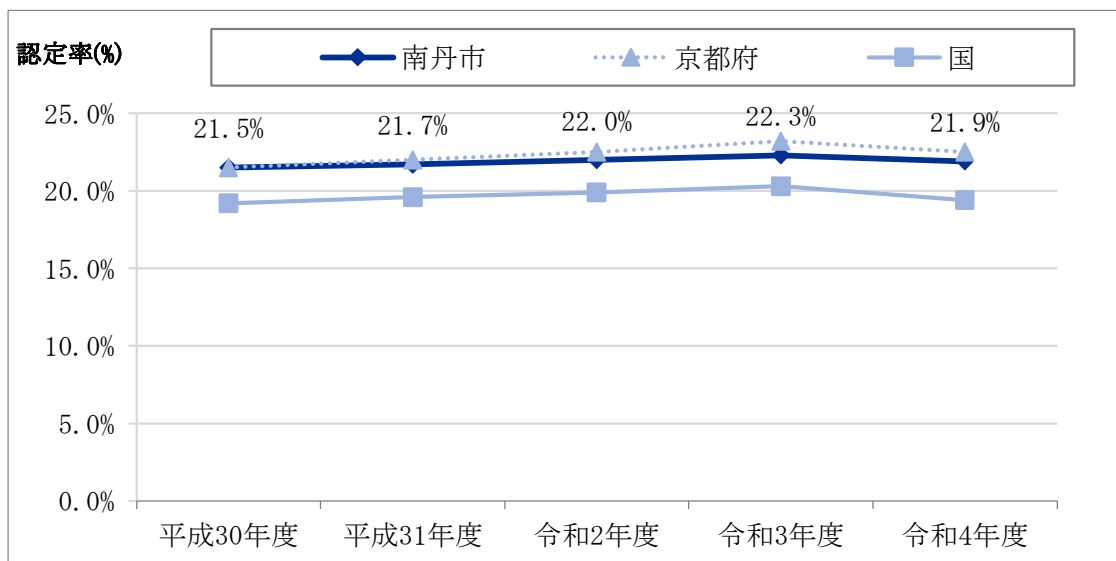
平成30年度から令和4年度における、要介護(支援)認定率及び認定者数を年度別に示したものである。令和4年度認定率21.9%は平成30年度21.5%より0.4ポイント増加しており、令和4年度の認定者数2,448人は平成30年度2,398人より50人増加している。認定率は国より高い状況であり、京都府と比較するとやや低い認定率で推移している。

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)	
南丹市	平成30年度	21.5%	2,398	2,360	38
	平成31年度	21.7%	2,446	2,409	37
	令和2年度	22.0%	2,455	2,420	35
	令和3年度	22.3%	2,452	2,422	30
	令和4年度	21.9%	2,448	2,415	33
京都府	平成30年度	21.5%	156,091	152,923	3,168
	平成31年度	22.0%	158,757	155,628	3,129
	令和2年度	22.5%	164,029	160,786	3,243
	令和3年度	23.2%	166,645	163,398	3,247
	令和4年度	22.5%	168,944	165,677	3,267
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

資料: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 要介護(支援)認定率



資料:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(4) 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

本市の令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率を示したものである。要介護(支援)認定者の有病状況について、「高血圧症」「心臓病」「筋・骨格」「精神」は京都府より高い割合となっている。このデータからは介護に至った要因は把握できないが、抱えている疾患の中には、高血圧症や心臓病等、生活習慣病の早期発見・早期治療等、予防できる疾患も含まれていることから、介護予防の観点からも引き続き生活習慣病の重症化予防に取り組む必要がある。

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

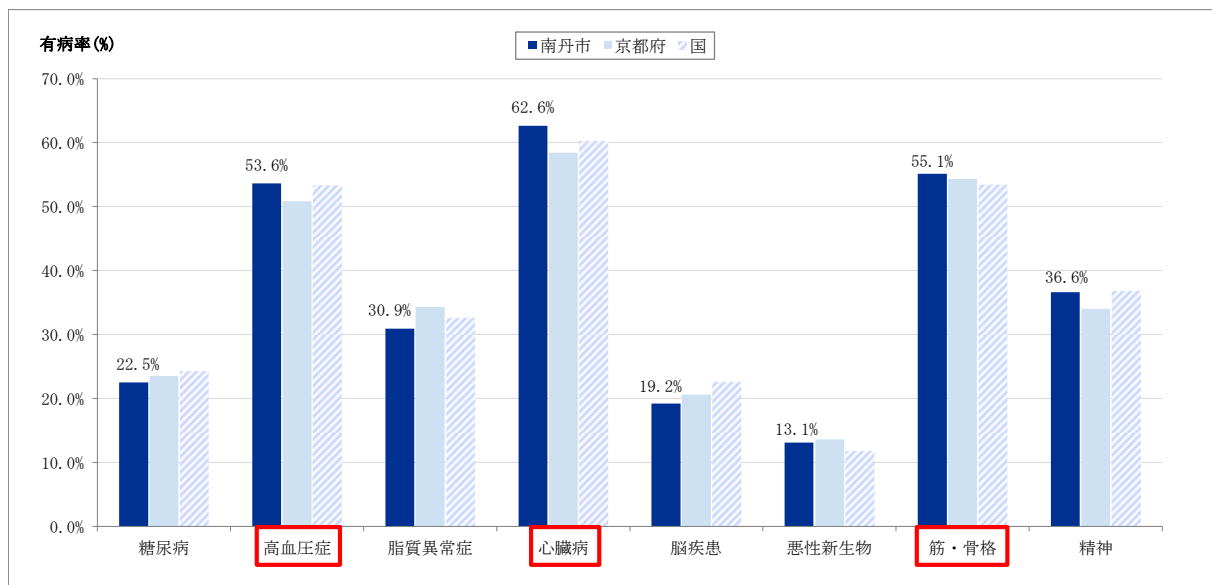
網掛け

表示する。

区分		南丹市	順位	京都府	順位	国	順位
糖尿病	有病率	22.5%	6	23.5%	6	24.3%	6
高血圧症	有病率	53.6%	3	50.8%	3	53.3%	3
脂質異常症	有病率	30.9%	5	34.3%	4	32.6%	5
心臓病	有病率	62.6%	1	58.4%	1	60.3%	1
脳疾患	有病率	19.2%	7	20.6%	7	22.6%	7
悪性新生物	有病率	13.1%	8	13.6%	8	11.8%	8
筋・骨格	有病率	55.1%	2	54.3%	2	53.4%	2
精神	有病率	36.6%	4	34.0%	5	36.8%	4

資料:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

要介護(支援)認定者の疾病別有病率(令和4年度)



資料:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

本市の平成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年度別に示したものである。疾病別有病状況では、心臓病の割合が高く、発症の原因となる高血圧の有病率も高いことから、減塩対策、高血圧の重症化予防対策を引き続き行っていく。

また、骨折などの筋・骨格疾患が原因となり、介護保険の申請に至ることが多いため、壮年期から転倒しにくい体づくり(ロコモ対策)に取り組む必要がある。

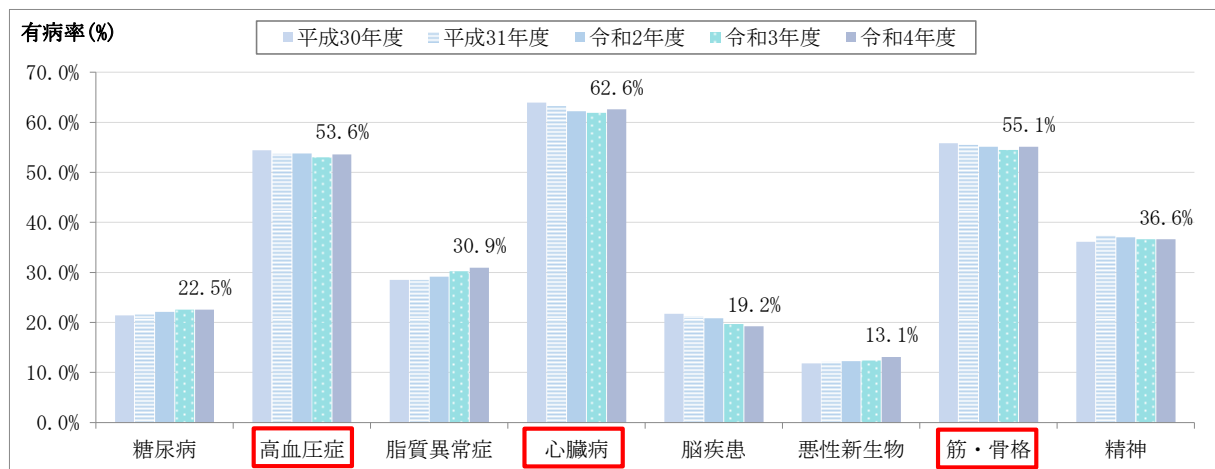
年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

※各項目毎に上位5疾病を 網掛け 表示する。

区分		南丹市									
		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
糖尿病	有病率	21.4%	7	21.6%	6	22.1%	6	22.5%	6	22.5%	6
高血圧症	有病率	54.4%	3	53.7%	3	53.8%	3	53.0%	3	53.6%	3
脂質異常症	有病率	28.5%	5	28.5%	5	29.1%	5	30.2%	5	30.9%	5
心臓病	有病率	63.9%	1	63.2%	1	62.2%	1	61.9%	1	62.6%	1
脳疾患	有病率	21.7%	6	21.2%	7	20.8%	7	19.7%	7	19.2%	7
悪性新生物	有病率	11.8%	8	12.1%	8	12.2%	8	12.4%	8	13.1%	8
筋・骨格	有病率	55.8%	2	55.5%	2	55.1%	2	54.5%	2	55.1%	2
精神	有病率	36.1%	4	37.4%	4	37.0%	4	36.6%	4	36.6%	4

資料: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 要介護(支援)認定者の疾病別有病率



資料:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(5) 死亡の状況

本市の男女別標準化死亡比について平成30年度から令和4年度をみると、男性の令和3年度から令和4年度においては、全国水準(=100)を超えている。女性は全国水準より低い状況であるが、令和3年度では京都府の水準を超えている。

年度・男女別 標準化死亡比

区分	男性		女性	
	平成30年度～令和2年度	令和3年度～令和4年度	平成30年度～令和2年度	令和3年度～令和4年度
南丹市	94.9	100.1	96.0	97.8
京都府	96.2	95.3	98.4	97.1
国	100.0	100.0	100.0	100.0

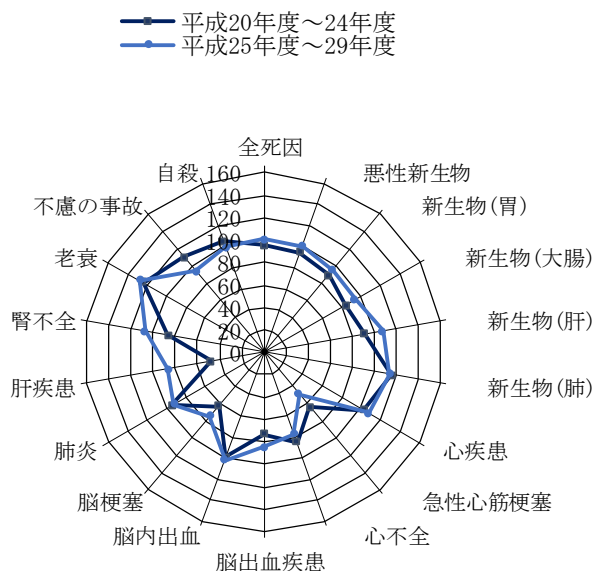
資料：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

標準化死亡比とは、各地域の年齢階級別人口と全国の年齢階級別死亡率により算出された各地域の期待死亡数に対するその地域の実際の死亡数の比をいい、年齢構成の違いの影響を除いて、死亡率を全国と比較したもの。
標準化死亡比が基準値(=100)より大きいということは、その地域の死亡状況は全国より悪いということを意味し、基準値より小さいということは、全国より良いということを意味する。

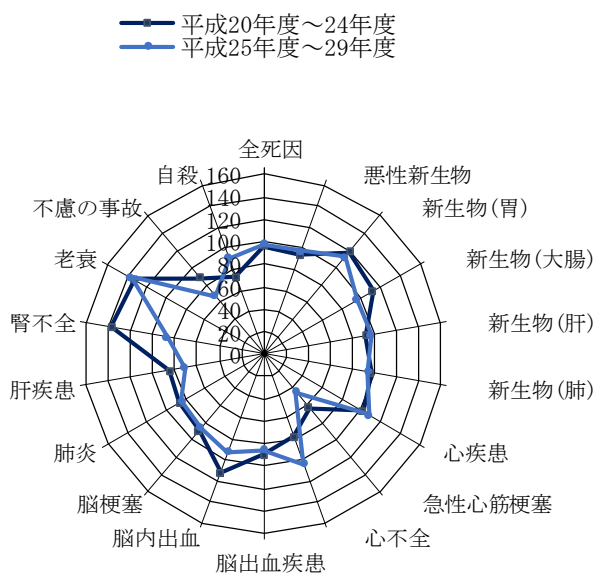
疾病別標準化死亡比について、平成20年度から平成29年度をみると、男性では、肺がん、心疾患、老衰、女性では、胃がん、心疾患、老衰が全国水準(=100)を超えている。平成25年度から平成29年度に加えて、男性では肝臓がん、脳内出血、腎不全、女性では心不全が全国水準(=100)を超えている。引き続き、がん検診及び精密検査の受診勧奨や生活習慣の改善をおこない、早期発見・早期治療につなげる取り組みを行う必要がある。

疾患別 標準化死亡比

男性	平成20年度～24年度	平成25年度～29年度
全死因	94.9	100.1
悪性新生物	94.8	100.7
新生物(胃)	89.4	95.1
新生物(大腸)	83.9	93.4
新生物(肝)	91.0	107.9
新生物(肺)	115.5	114.2
心疾患	102.9	108.3
急性心筋梗塞	63.7	48.3
心不全	85.4	77.6
脳出血疾患	72.9	84.4
脳内出血	99.0	102.1
脳梗塞	62.2	74.4
肺炎	94.6	92.6
肝疾患	48.2	86.9
腎不全	86.8	107.7
老衰	124.3	127.6
不慮の事故	110.0	94.4
自殺	105.1	99.2



女性	平成20年度～24年度	平成25年度～29年度
全死因	96.0	97.8
悪性新生物	93.3	97.2
新生物(胃)	118.7	112.2
新生物(大腸)	111.9	96.0
新生物(肝)	92.6	96.7
新生物(肺)	96.9	94.3
心疾患	102.1	108.1
急性心筋梗塞	62.4	44.5
心不全	78.2	103.9
脳出血疾患	89.4	85.4
脳内出血	112.2	92.9
脳梗塞	89.9	86.4
肺炎	86.5	84.4
肝疾患	85.1	71.3
腎不全	136.9	87.1
老衰	132.6	136.7
不慮の事故	88.3	67.2
自殺	73.1	90.5



資料：e-Stat（標準化死亡比、主要死因・性・都道府県・保健所・市区町村別）

第3章 過去の取り組みの考察

1. 第2期データヘルス計画全体の評価

第2期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ある。令和4年度の現状値と平成28年度の計画策定時実績の比較を行った結果「タバコ対策」「ロコモ対策」「医療費適正化対策」で改善がみられた。

コロナの影響もあり、事業の実施が難しく数値の改善につながらなかった点もあった。今後も引き続き、評価・考察をおこないながら、取り組みをすすめる必要がある。

全体の目標	生活習慣病の発症予防と重症化予防を行い 健康寿命を延伸する
-------	----------------------------------

事業名	評価指標	計画策定時 実績 2016年度 (H28)	実績		評価・考察 (成功・未達要因)
			中間評価時点 2020年度 (R2)	現状値 2022年度 (R4)	
特定健診 受診率向上 対策	特定健診受診率60%	42.8%	15.7%	41.5%	令和2年度、コロナの影響で受診率の低下がみられたが、戻りつつある。受診勧奨に向け、啓発資材の工夫が必要である。また、個別医療機関(かかりつけ医)と連携して受診勧奨を促していく必要がある。
特定保健指導 利用率向上 対策	特定保健指導実施 (終了)率60%	20.7%	10.4%	15.1%	特定保健指導の実施(終了)率は、コロナ前と比較すると低下している。結果報告会への参加を勧奨し、特定保健指導を実施しているが、結果報告会不参加の対象者へのフォローは十分ではなかった。今後、手紙、電話等による利用の再勧奨が必要である。
壮年期から の生活習慣 改善対策	メタボリックシン ドローーム該当者の 減少	メタボリックシン ドローーム該当 者の割合 男 40.7% 女 14.7%	男 48.2% 女 15.0%	男 47.9% 女 14.4%	男性のメタボリックシンドローム該当者の割合は、悪化傾向となった。特定保健指導利用を促す必要がある。 また、健幸ポイント事業を軸として、引き続き運動習慣定着に向けた取り組みが必要である。
高血圧症の 発症予防	高血圧有病者の 増加の抑制	千人当たり 患者数 428.104人	千人当たり 患者数 451.718人	千人当たり 患者数 441.878人	家庭血圧測定の普及に取り組むため広報での啓発や、又、結果報告会や教室で血圧計を設置し、測定を促すことが出来た。今後も、広報活動を強化し、運動や食生活においても予防に向けた取り組みを行っていく。
糖尿病の 重症化予防 対策	人工透析新規患者 数の減少 慢性腎不全有病者 の減少	人工透析新規患者 数 0.042人 要精密検査受診率 (糖尿病) 58.9% (腎機能) 67.3%	人工透析新規患者 数 0.025人 要精密検査受診率 (糖尿病) - % (腎機能) - % ※新型コロナの影響 により集団健診未実 施	人工透析新規患者 数 0.050人 要精密検査受診率 (糖尿病) 42.9% (腎機能) 60.7%	ハイリスク者に対する保健指導は、主治医と連携をおこないながら実施が出来た。指導終了後は、HbA1cの維持・改善がみられた。今後、健診未受診者に対しても、医師会と連携をとりながら保健指導を進めていく。また、対象者が指導につながるように手紙、電話、訪問の勧奨を促していく必要がある。

事業名	評価指標	計画策定時実績 2016年度 (H28)	実績		評価・考察 (成功・未達要因)
			中間評価時点 2020年度 (R2)	現状値 2022年度 (R4)	
がん対策	がん検診受診率50% がん検診要精密検査受診率100%	<p><受診率> 肺がん34.9% 胃がん12.8% 大腸がん16.1% 乳がん34.9% 子宮頸がん28.8%</p> <p><精密検査受診率> 肺がん88.0% 胃がん73.6% 大腸がん73.8% 乳がん87.3% 子宮頸がん86.2%</p>	<p><受診率> 肺がん10.6% 胃がん8.3% 大腸がん11.1% 乳がん24.4% 子宮頸がん24.4%</p> <p><精密検査受診率> 肺がん92.0% 胃がん88.3% 大腸がん72.5% 乳がん93.4% 子宮頸がん84.0%</p>	<p><受診率> 肺がん11.9% 胃がん9.1% 大腸がん12.4% 乳がん27.4% 子宮頸がん24.1%</p> <p><精密検査受診率> 肺がん92.9% 胃がん76.3% 大腸がん80.5% 乳がん78.5% 子宮頸がん88.4%</p>	<p>受診率が目標に達しなかった為、がん検診受診率向上に向けて、引き続き啓発や申し込みしやすい仕組みづくりに取り組んでいく。精密検査の受診率では、胃、大腸がん検診の受診率が低いことが課題である。</p> <p>乳がん検診要精検で「マンモ異常なし・自覚症状あり」の方は、精検未受診となる場合が多い。</p> <p>検診の受診勧奨とともに、確実な精密検査受診につなげるための啓発が必要である。</p>
タバコ対策	虚血性心疾患有病者の喫煙率の減少	南丹市喫煙率 15.5%	南丹市喫煙率 10.0%	南丹市喫煙率 12.2%	<p>チラシの配布や喫煙者への電話勧奨、禁煙に関心がある方に、相談会に来所して頂く機会を提供する等の取り組みにより、目標達成につながった。</p>
ロコモ対策	新規要介護認定率の減少	新規要介護認定率1.0%	新規要介護認定率0.3%	新規要介護認定率0.3%	<p>新規要介護認定率は減少が見られた。運動習慣を定着させる取り組みを行い、フレイル予防をさらに充実させていく。</p>
医療費適正化対策	後発医薬品普及率の向上	後発医薬品普及率(数量) 62.1%	後発医薬品普及率(数量) 66.7%	後発医薬品普及率(数量) 77.1%	<p>後発医薬品差額通知の送付や国保資格取得時にも後発医薬品の利用促進について積極的に案内した結果、後発医薬品普及率の向上がみられた。</p> <p>引き続き、取り組みをすすめていく必要がある。</p>

2. 各事業の達成状況

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ある。事業の効果判定を、A:改善している、A*:改善しているが目標未達成、B:変わらない、C:悪化している、D:評価困難の5段階で評価をおこなった。

【特定健診受診率向上対策 ～特定健診の新規受診者を増やし、受診率を向上させる～】				
事業名	対象者 / 年齢	目 標		実施状況(評価)
		事業内容(アウトプット)	事業の成果 (アウトカム)	実績(アウトプット)
特定健康診査受診勧奨	被保険者 / 40～74	申し込みのない者に勧奨通知を行う(2回/年)。 4月:特定健診の申し込みのない者及び40歳到達者へ集団健診問診票を送付。 6月:集団健診未受診者及び人間ドック申し込みなしの者全員に案内文章を送付。 随時:転入者及び国保加入手続き時に、特定健診啓発チラシを送付。	特定健診受診率 60.0%	対象者への受診勧奨率 100%
		転入者に案内書を送付する。		転入者への案内を8月末まで実施
人間ドック	被保険者 / 20～74	年度初めに広報で受診勧奨を行う。		(R4年度)受診者数 402人
特定健康診査受診環境の整備	被保険者 / 20～74	休日に特定健診を実施する(1回/年)。		休日健診の実施(1回/年) 受診者数 R4:252人
【特定保健指導利用率向上対策 ～特定保健指導利用率を向上させる～】				
特定保健指導の利用勧奨	被保険者 / 40～74	特定保健指導の全ての未利用者に対し、利用勧奨の通知を郵送または電話で行う。	特定保健指導実施(終了)率 60.0%	対象者: 動機付け152人 積極的59人 利用者: 動機付け33人 積極的7人 結果報告会未来所者へ通知にて案内
			メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の割合 男 30.0% メタボリックシンドローム該当者の減少率 25.0%以上	
特定保健指導の実施機会の拡大	被保険者 / 40～74	特定保健指導を夜間に開催する(1回/年)。	(H29年度) 夜間開催(1回/年) 参加者数 14人	特定保健指導を夜間に開催した(1回/年)
【高血圧の発症予防対策】				
健診結果報告会	被保険者 / 40～74	集団健診受診者に、結果報告会を実施し、保健指導及び精密検査受診勧奨を行う。	(H29年度) 結果報告会 40会場 結果報告会来場者 1,237人	(R4年度) 20会場で実施
要精密検査の受診勧奨(血圧)	被保険者 / 40～74	医療未受診者で特定健診結果の精密検査結果報告書の返信のない者に対し、再勧奨(電話または訪問)を行う。 <対象者基準> ・高血圧要医療の者	(H28年度) 特定健診結果で血圧の有所見者割合の減少 収縮期血圧有所見者 男51.8% 女43.1% 拡張期血圧有所見者 男27.5% 女14.1% 上記より減少	再勧奨率 100%
			(H28年度) 要精密検査受診率 高血圧38.7% 上記より上昇	
			(H28年度) 千人当り生活習慣病患者数の減少 高血圧 453.5人以下	
家庭血圧測定の普及啓発	被保険者	被保険者及び市民に対し、結果報告会での啓発、広報誌等での啓発を行う。	—	啓発の回数 35回

■効果判定
 A:改善している
 A*:改善しているが目標未達成
 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

成果(アウトカム)	振り返り	効果判定	今後の方向性
(R4年度) 特定健診受診率 41.4% (R4年度) 受診勧奨者の受診率 4月:45人受診/150人送付 (受診率30.0%) 6月:7人受診/143人送付 (受診率4.9%) 国保新規加入者: 37人/261人送付 (受診率14.2%)	<ul style="list-style-type: none"> ・40歳に加え50歳の節目年齢に対しても案内を送付した。また、集団健診終了後、再度受診勧奨を行ない受診者が微増した。今後も受診率向上に向けて、受診勧奨の方法を工夫したり、それ以外の対策が必要である。 ・人間ドック利用申請者全員に助成することができ、需要に応えることができた。 ・来年度以降も広報等の周知により、受診率向上を図る必要がある。 	C	<ul style="list-style-type: none"> ・今後も受診率向上に向けて、広報等の周知や、申し込みしやすい体制づくり(ウェブ予約等)の活用推進を行う必要がある。また、引き続き地区医師会と連携し、受診勧奨を行う。 ・健診受診勧奨の周知とともに、健幸ポイント事業を行う。
(R4年度) 特定保健指導利用率 14.6% (R4年度) メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の割合 男 47.9% メタボリックシンドローム該当者の減少率 0.10% (R4年度) 夜間開催(1回/年) 参加者数 10人	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導の実施(終了)率はコロナ前と比較すると低下している。特定保健指導の利用を促すために結果報告会への参加を勧奨しているが、結果報告会に参加の無かった対象者への働きかけが十分ではなかった。利用勧奨の取り組みについて引き続き実施する。 ・メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の割合、メタボリックシンドローム該当者の減少率は低迷している。 	C	<ul style="list-style-type: none"> ・結果報告会に参加の無かった対象者へのフォローとして、下記取り組みを実施する。 <ul style="list-style-type: none"> - 健康教室を活用した保健指導 - 利用しやすい保健指導の検討 - 電話、手紙等による勧奨 - ICTを活用した啓発 ・利用勧奨については、集団、個別、短期人間ドックを引き続き実施する。
(R4年度) 結果報告会 20会場 結果報告会来所者 711人 (R4年度) 収縮期血圧有所見者 男 51.5% 女 49.1% 拡張期血圧有所見者 男 31.1% 女 16.0% (R4年度) 要精密検査受診率 高血圧 42.3% (R4年度) 千人当り患者数 高血圧 441.878人 -	<ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染症拡大防止に留意しながらの結果報告会の実施であったため、リーフレットを中心に血圧管理の重要性について保健指導を行った。 ・血圧の要精密検査受診率は低迷している。外出自粛の影響も考えられるが、さらに高血圧予防と血圧管理の重要性について啓発を行うとともに受診勧奨を行っていく必要がある。 ・収縮期血圧有所見者の男性については改善がみられたが女性は改善がみられなかった。 ・拡張期血圧有所見者は男女ともに増加がみられた。 ・高血圧による千人当り患者数はH28年度と比較すると減少している。 	C C A A D	<ul style="list-style-type: none"> ・高血圧予防と血圧管理の重要性について啓発を行うとともに、個別に受診勧奨を行っていく必要がある。 ・生活習慣の改善(運動、食事)に向けて広くポピュレーションアプローチを行う。

【壮年期からの生活習慣改善対策】

事業名	対象者 / 年齢	目 標		実施状況
		事業内容(アウトプット)	事業の成果 (アウトカム)	実績(アウトプット)
メタボ予防健診の実施	被保険者・市民 / 20～39	20～39歳の被保険者及び市民に対し健康診断を集団で実施する。	メタボ予防健診受診率(国保) 15.0%	集団健診実施回数 23回
メタボ予防健診受診者への保健指導	被保険者・市民 / 20～39	メタボ予防健診受診者に対し、結果報告会会場で保健指導を実施する。	メタボ予防健診受診者の結果報告会参加率 20.0%	保健指導利用勧奨率 100%
スマホdeドック	被保険者・市民 / 27～49歳の奇数年到達者	メタボ予防健診または特定健診の受診がない40歳前後の者に対し、利用案内通知を送り、申し込みされた方に自己採血キットを送付し、利用者がWebで検査結果を確認できるようにする。利用者には翌年の健診受診勧奨を行う。	(H28年度) 申込率 7.4% (申込者:39人 / 対象者:525人)	利用案内通知率 100%
健康運動教室	被保険者・市民 / 20～74	健診結果の有所見者に対し、運動習慣定着のための教室を実施する。	(H28年度) 朝食を抜く者の割合減少 (現状:7.3%以下) (H28年度) 夕食後に間食が週3回以上ある者の割合減少<質問票変更> 朝・昼・夕3食以外の間食や甘い飲み物をとる者の減少 毎日:26.0% 時々:54.4% ほとんど摂取しない:19.6% (H28年度) 1日30分以上の運動習慣がない者の割合減少 (現状:65.4%以下)	(R4年度) 教室実施回数 2回 (R4年度) 参加人数 35人 <計画策定時> (H28年度) 運動教室参加人数 25人
健康プール教室 (しっかりコース)	被保険者・市民 / 20～74	スプリングス日吉温水プールで、水中ウォーキング、アクアビクスなどを実施する。	(H28年度) 教室参加人数 27人	健康プール教室 24回(しっかりコース)実施
健幸ポイント事業	被保険者・市民 / 20～	各健診会場、健康教室等あらゆる場で、健幸ポイント事業の啓発とポイントカードの配布を行う。	健幸ポイント事業参加者数(目標) 1,000人	健幸ポイントの説明会を実施し市民に広く啓発

【ロコモ予防対策】

健康プール教室 (ぼちぼちコース)	被保険者・市民 / ～74	スプリングス日吉温水プールで、水中ウォーキング、アクアビクスなどを実施する。	(H28年度) 教室参加人数 27人	健康プール教室 24回(ぼちぼちコース)実施
			(H28年度) 新規要介護認定率 1.0%以下	

【タバコ対策】

禁煙教室	被保険者・市民 / 20～74	市民健診受診者の禁煙の意志を把握し、通知を行う。禁煙を希望する喫煙者に対して、広報、個別通知を行い、禁煙教室を実施する。	教室参加者のうち禁煙できた人数	(R4年度) 教室実施回数:2回 参加人数:1人
			(H28年度) 喫煙率の減少 喫煙率:15.5%	喫煙率

成果(アウトカム)	振り返り	効果判定	今後の方向性
(R4年度) 受診率9.08%(国保) (受診者74人/対象者:815人)	・メタボ予防健診の受診率が低いことから、受診勧奨が十分とは言えないと考えられる。	C	<ul style="list-style-type: none"> ・ICTを活用した申し込みしやすい仕組みづくりに取り組む。 ・若い世代に対して、健診受診や生活習慣改善に向けての意識向上のため、引き続き啓発が必要である。 ・より多くの人が、生活習慣を改善できる動機付けとなるようなポピュレーションアプローチとして下記の取り組みを行う。 <ul style="list-style-type: none"> - わかりやすい広報の実施 - ICTを活用した啓発 ・健幸ポイント事業を軸とし、運動習慣の定着を目指す。
(R4年度) 参加率:9.1%	・夜間に結果報告会を開催し、対象者に個別通知で保健指導の案内を行い参加を呼びかけたが、利用者は少なく、目標には達しなかった。	C	
(R4年度) 申込率 8.3% (申込者:39人 / 対象者:469人)	・若い年代に特定健診や、生活習慣改善に向けての意識が少ない。今後も啓発が必要である。	A H30～	
(R4年度) 朝食を抜く者の割合 6.5%	・生活習慣質問票の結果で、朝食を抜く者の割合、1日30分以上の運動習慣がない者の割合は改善がみられた。	A	
(R4年度) 夕食後に間食をする割合 毎日:29.8% ときどき:53.4% ほとんど摂取しない:16.8%	<ul style="list-style-type: none"> ・運動教室の実施を増やしたり、運動指導と栄養指導を組み合わせた教室を行ってきたが、参加者が固定しがちで、なかなか広がらない。 ・ハイリスク者への指導とあわせ、より多くの人が、生活習慣を改善できる動機付けとなるようなポピュレーションアプローチの検討が必要である。 	C	
(R4年度) 30分以上の運動習慣なし 51.6%		A	
(R4年度) 参加者数:18人(延べ239人)	・参加者のほとんどがリピーターであり、限定した対象者ではなく、広く運動啓発していく必要がある。	C R4で 事業終了	
(R4年度) 健幸ポイント事業参加者 1,118人	<ul style="list-style-type: none"> ・健幸ポイント事業の参加者が、新規継続合わせて1,000人を超え、認知度が高まってきた。 ・60歳未満の参加者数も増加した。 ※R3年度からICT活用の健幸ポイント事業に移行 	A	
(R4年度) 教室参加人数 実:15人 延:185人	・水中での運動は、膝関節等に負担をかけることなく運動できるので、高齢期の人も参加しやすい状況が見受けられた。	C R4で 事業終了	
(R4年度) 新規要介護認定率 0.3%	・新規要介護認定率は減少したが、本事業のみによる効果とは考えにくい。	A	
(R4年度) 禁煙者数 1人	<ul style="list-style-type: none"> ・禁煙指導の希望者は少ないが、保健師だけでなく、薬剤師の協力を得て個別指導の充実を図ったことで、禁煙に結びついた。 ※H29年度から禁煙相談会とし、薬剤師と連携し取り組んだ。 	A	<ul style="list-style-type: none"> ・禁煙を希望する人が支援を受けることができる仕組みづくりを行う。 ・受動喫煙防止に対する啓発を実施する。
(R4年度) 喫煙率の減少 喫煙率 12.2%		A	

【がん対策】				
事業名	対象者 / 年齢	目 標		実施状況
		事業内容(アウトプット)	事業の成果 (アウトカム)	実績(アウトプット)
がん検診受診率向上	被保険者・市民 / 40～子宮頸がん検診 / 20～	がん検診受診率を向上のため、受診勧奨を行なう。	胃がん・肺がん・大腸がん検診受診率 40.0% 乳がん・子宮頸がん検診受診率 50.0%	市役所職員による受診啓発キャンペーンを実施 無料クーポン券を利用したがん検診等で、受診の必要性を伝えた。 ケーブルテレビでの啓発を実施
がん検診精密検査受診勧奨	被保険者・市民 / 20～	がん検診の要精密検査と判定された者に医療機関受診勧奨の通知あるいは電話を年に1～2回行う。	がん検診精密検査受診率100% (H28年度) 精密検査受診率 肺がん検診:88.0% 胃がん検診:73.6% 大腸がん検診:73.8% 乳がん検診:87.3% 子宮頸がん検診:86.2%	精密検査の受診を、医療機関からの結果報告書にて確認。 未受診者に対し、受診勧奨通知を1回実施 その後、電話にて勧奨 受診勧奨実施率100%
			(H28年度) 患者千人当たり30万以上レセプト件数(がん) 11.353 現状以下にする	患者千人当たり30万以上レセプト件数(がん)
			(H28年度) 患者千人当たり生活習慣病患者数(がん) 120.903 現状以下にする	患者千人当たり生活習慣病患者数(がん)
【糖尿病の重症化予防対策 ～糖尿病合併症患者数を減らす。高血圧・糖尿病の重症化を防ぎ、新規透析の導入を遅延させる～】				
要精密検査受診の再勧奨(糖尿病・腎機能)	被保険者 / 40～74	医療未受診者で特定健診結果の精密検査結果報告書の返信のない者に対し、再勧奨(電話または訪問)を行う。 <対象者基準> ・糖尿病・腎機能要医療の者	(H28年度) 医療(精密検査)受診率(糖尿病・腎機能) 糖尿病:58.9% 腎機能:67.3%	9月に勧奨通知実施 2月に電話勧奨実施
糖尿病重症化予防(治療中断)	被保険者 / 40～74	国保連合会(医療費分析システム)から過去1年間に受診があり、糖尿病治療薬剤名等での後6ヵ月以上受診歴が無い者に対し受診勧奨を行う。	(H30年度)治療中断者の医療機関受診率 対象者:18人 うち1名が受診:5.6%	
糖尿病重症化予防(ハイリスク者)への保健指導	被保険者 / 40～74	糖尿病治療中で糖尿病性腎症の者または、血糖コントロール不良の者に対し、栄養士・保健師による6ヵ月間の個別指導を行う。 <対象者基準> ①eGFR 60ml/分/1.73 m ² 未満または尿蛋白(+)以上 *70歳以上はeGFR 40ml/分/1.73 m ² 未満 ②HbA1c 8.0 以上	(H30年度) 実施前後の検査値の変化 改善 CKD重症度分類 維持:85.2% 改善:6.24% 悪化:8.6%	保健指導実施率 33% 対象者10人のうち医師の了解及び対象者の了解が得られたもの3人に指導。
			(H28年度) 千人当たり慢性腎不全(透析なし)レセプト件数 外来 1.004件 目標:新規透析患者数0人 (H28年度) 新規透析患者数 0.0042人	千人当たり慢性腎不全(透析なし)レセプト件数 新規透析患者数
CKD予防教室	被保険者 / 40～74	特定健診受診者で、高血圧、腎機能が要指導以上の者を対象に実施する。	(H28年度) 参加者数 1回目:5人 2回目:3人	対象者選定し個別通知実施。 <R4年度CKD予防教室> 1回目:医師の講演 2回目:保健師・管理栄養士個別指導※尿中ナトリウムカリウム比 測定実施
【医療費適正化計画 ～頻回受診・重複受診等の増加を防ぐ～】				
医療費通知	被保険者 / 0～74	被保険者に自身の医療費を把握してもらうため、全受診世帯へ医療費通知を送付する。	(H30年度) 3回送付 総通知世帯数 23,456世帯	医療費通知数
後発医薬品差額通知	被保険者 / 40～74	後発医薬品の使用促進による医療費抑制を目的に、切り替えた場合の自己負担軽減額を通知する(年2回)。	国の示す普及目標2020年度までに数量ベースで80% (H30年度) 数量ベース:64.6%	発送回数 2回送付
広報事業	被保険者 / 0～74	ホームページ等に後発医薬品の利用促進や医療費適正化の記事を掲載する。 被保険者への郵送物等に医療費の適正化や健康増進に関するチラシ等を同封する。	—	ホームページ、広報での啓発 2回

	振り返り	効果判定	今後の方向性
成果(アウトカム)			
(R4年度) 受診率 肺がん検診:11.9% 胃がん検診:9.1% 大腸がん検診:12.4%	・特定健診等との同時実施、休日健診の実施など、受診しやすい環境づくりを行ってきた。	C	・確実な精密検査受診につなげるために、下記取り組み等の工夫が必要である。
(R4年度) 受診率 乳がん検診:27.4% 子宮頸がん検診:24.1%			
(R4年度) 各がん検診精密検査平均受診率 83.32% 肺がん検診:92.9% 胃がん検診:76.3% 大腸がん検診:80.5% 乳がん検診:78.5% 子宮頸がん検診:88.4%	・胃と大腸がん検診は、精密検査の受診率が低い ため、確実な精密検査受診につなげる工夫が必要 である。 ・乳がん検診要精検で「マンモ異常なし・自覚症状 あり」の方は、精検未受診となる場合が多いため 受診勧奨及び精密検査受診につなげるための啓発 が必要である。	A* (乳がん検診 以外)	・検診実施体制の見直し。 ・申し込みしやすい仕組みづくり。 ・確実な精密検査。 - 精密検査受診勧奨の徹底 - ICTの活用
(R4年度) 患者千人当たり30万以上レセプト件数(がん) 件数 16.774	・患者千人当たり30万以上レセプト件数(がん) は、増加の傾向がみられた。	C	
(R4年度) 患者千人当たり生活習慣病患者数(がん) 件数 140.703	・患者千人当たり生活習慣病患者数(がん)につ いても増加がみられた。	C	
医療(精密検査)受診率(糖尿病・腎機能) (R4年度) 糖尿病:42.9% 腎機能:60.7%	・精検再勧奨を引き続き行っていく。 ・全ての治療中断者に対して、手紙、電話、訪問 等による受診勧奨を行った。しかし、受診には結 びつきにくい結果であった。	C	・治療中断者に対して、今後も手紙、電話、訪問 等の再勧奨を実施する。 ・ハイリスク者に対する保健指導は、総合病院、 市外医療機関とも連携を行い実施をしていく。 ・健診未受診者に対しても、地区医師会と連携を とりながら保健指導を進めていく。 ・CKD予防教室では食事や生活習慣についての知識 や、参加者の行動変容につながる内容を検討し取 り組んでいく。
(R4年度) 治療中断者の医療機関受診率 50%	・ハイリスク者に対する保健指導は、主治医と連 携をとりながら実施が出来た。指導終了後は、 HbA1cの維持・改善がみられた。今後、健診未受診 者に対しても、医師会と連携をとりながら保健指 導を進めていく。また、対象者が指導につながる ように手紙、電話、訪問等による勧奨を促してい く必要がある。	A H30~	
(R4年度) 実施前後の検査値の変化 HbA1c 全員改善 CKD重症度分類 全員維持	・千人当り慢性腎不全(透析なし)レセプト件数外 来の件数は減少した。 ・新規透析患者数は増加がみられた。	A H30~	
(R4年度) 千人当り慢性腎不全(透析なし)レセプト件数 外来 0.856件	・CKD予防教室の参加者の増加がみられ、病気や生 活習慣の振り返りを意識している者の増加が伺え た。	A	
(R4年度) 新規透析患者数 0.050人		C	
(R4年度) 参加者数 1回目:42人 2回目:33人		A	
(R4年度) 4回送付 総通知世帯数 延14,511世帯	・医療費通知については、適切な時期に通知を送 付することができた。 ・後発医薬品差額通知については、国保資格取得 時にも後発医薬品の利用促進の取り組みについて 積極的に案内し、普及に努められた。	A	・今後も医療費通知、後発医薬品差額通知の送付 を適切な時期に行う。 ・医療費の適正化や健康増進につながる広報を引 き続き実施する。
(R4年度) 数量ベース:77.1%		A	
—		D H28	

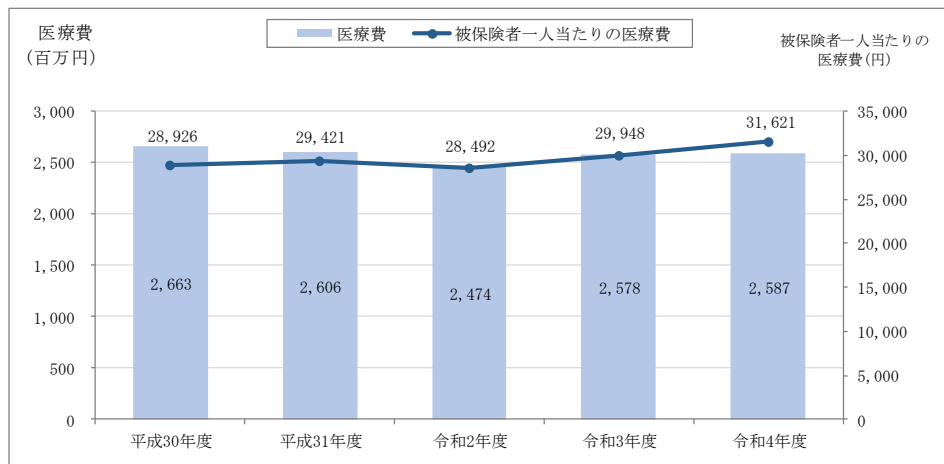
第4章 健康・医療情報等の分析

1. 医療費の基礎統計

(1) 医療費の状況

本市の総医療費は平成30年度と比較してやや減少傾向である。被保険者一人当たりの医療費は平成30年度から増加傾向にあり、国、京都府と比較しても高い。被保険者数は減少しているが、高齢化により一人当たりの医療費の増加に影響している。

年度別 医療費の状況



資料：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

年度別 被保険者一人当たりの医療費

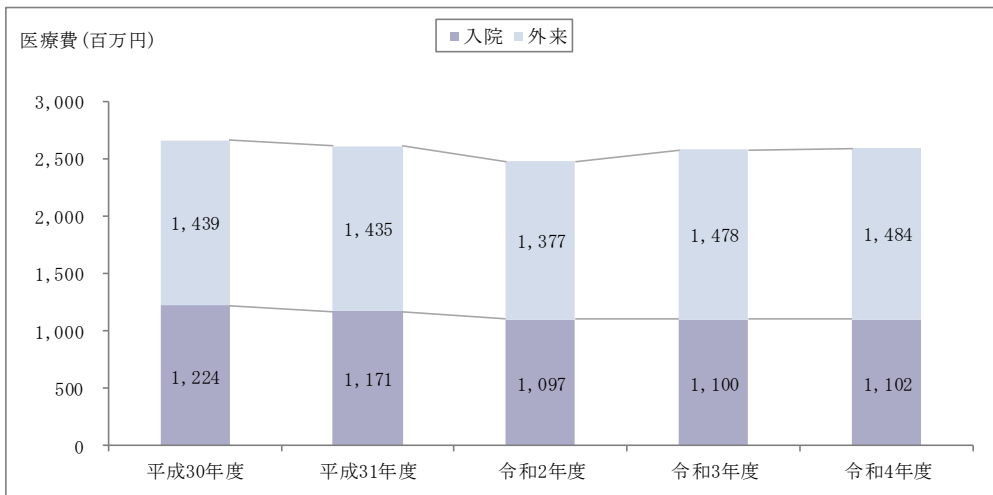
単位：円

年度	南丹市	京都府	国
平成30年度	28,926	27,127	26,555
平成31年度	29,421	28,070	27,475
令和2年度	28,492	27,201	26,961
令和3年度	29,948	28,788	28,469
令和4年度	31,621	29,524	29,043

資料：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

本市の入院・外来別医療費の状況を示したものである。平成30年度と比較し入院医療費は減少しているものの、外来医療費は増加している。

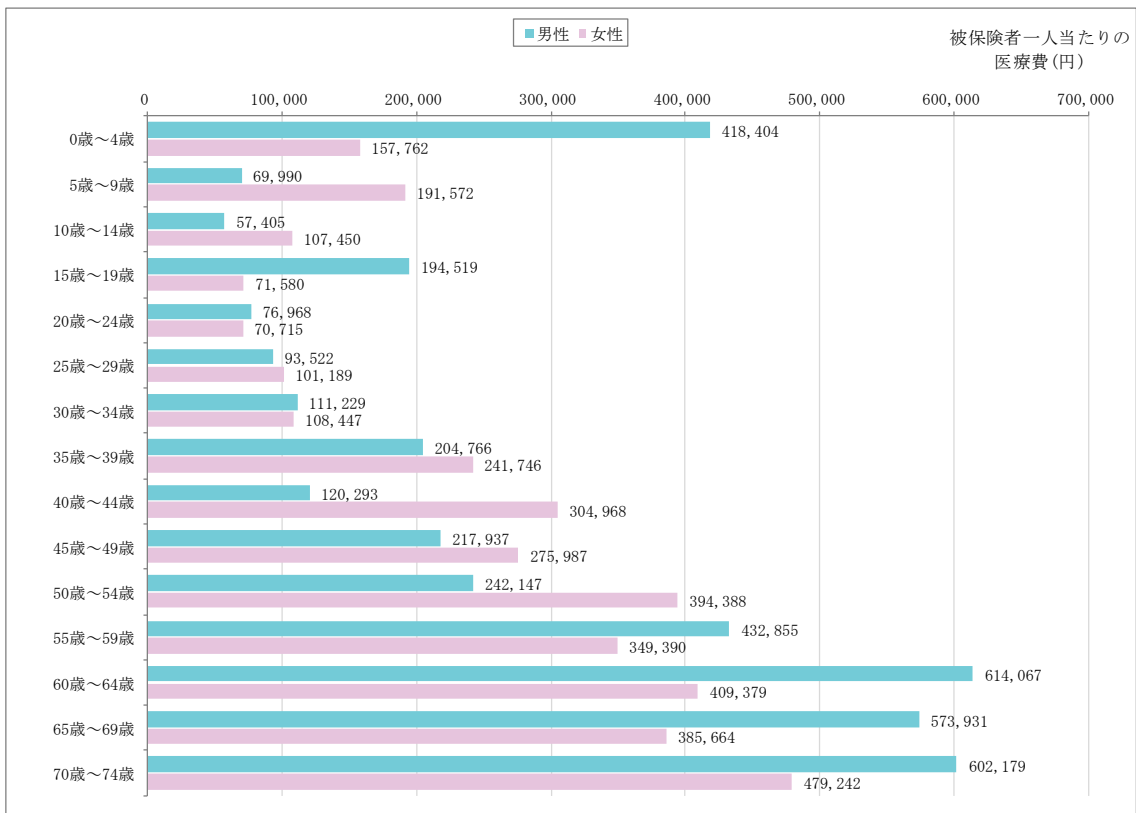
年度別 入院・外来別医療費



資料: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、本市の被保険者一人当たりの医療費を男女年齢階層別に示したものである。一人あたりの医療費において、女性はほとんどの年代において、男性より低い状況ではあるが、35歳から54歳においては、男性を上回る医療費となっている。男性は55歳を超えてからの医療費が著しく増加している。

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)

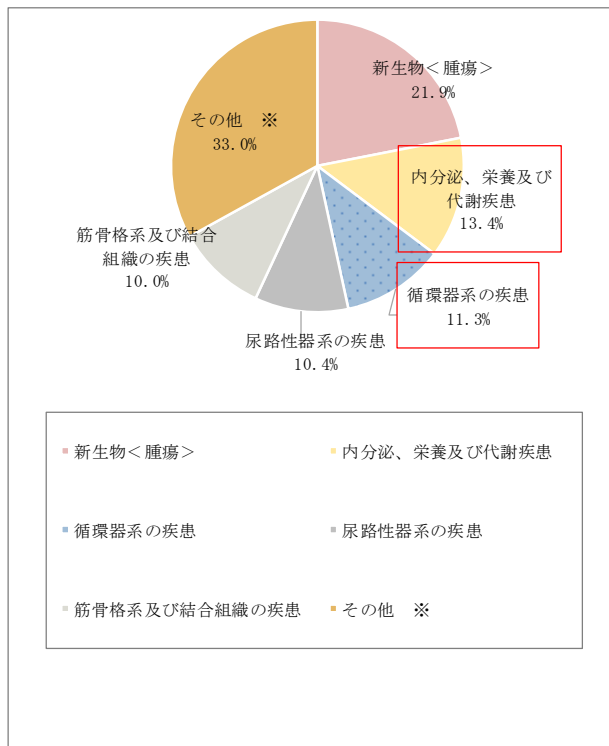


資料:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(大分類)」

(2) 疾病別医療費

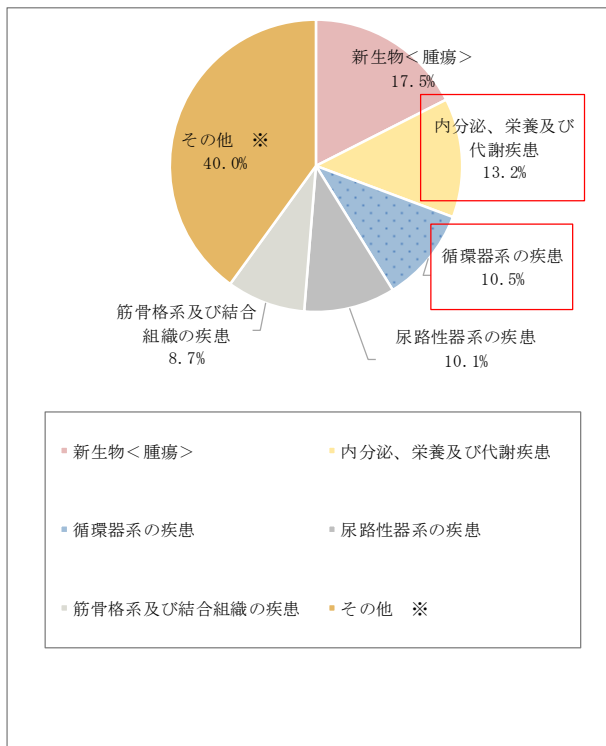
令和4年度の外来医療費では、生活習慣病につながる基礎疾患をみると、内分泌、栄養及び代謝疾患、循環器系の疾患が多い。

南丹市
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。

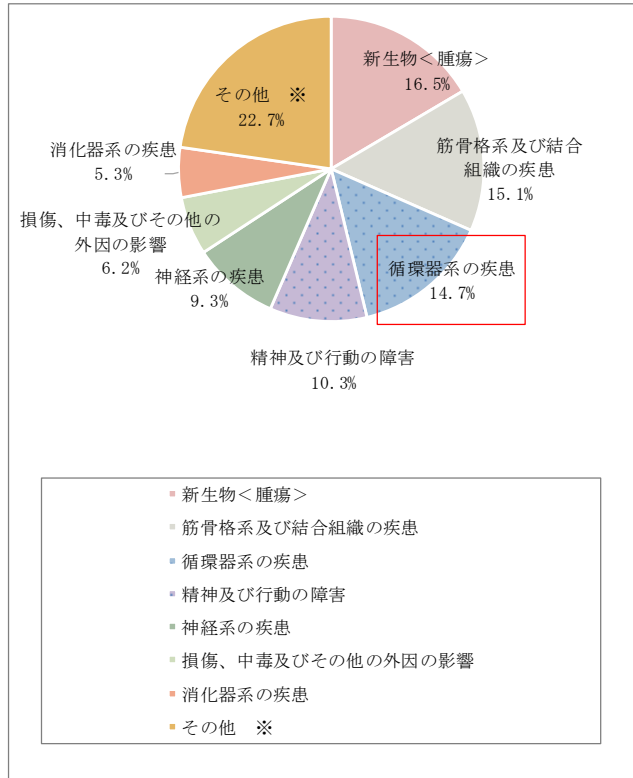
京都府
大分類別医療費構成比(外来)(令和4年度)



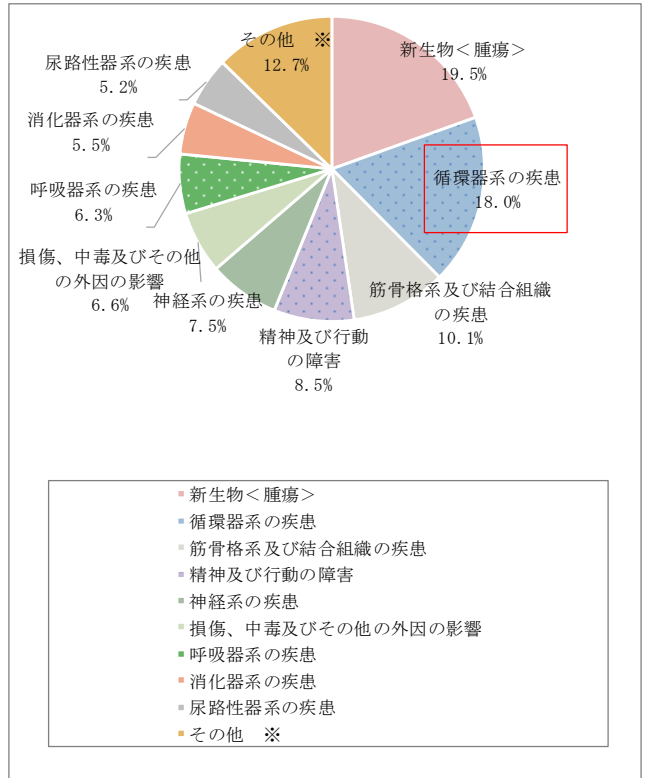
※その他…外来医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

令和4年度の入院医療費は、外来医療費に比べると重症化につながる基礎疾患はまだ多くを占めていないことから、入院に至るまでに生活習慣病予防の取り組みが必要である。

南丹市
大分類別医療費構成比(入院)(令和4年度)



京都府
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。

※その他…入院医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

※疾病分類

死因や疾病の国際的な統計基準として、世界保健機関(WHO)によって公表されている分類。死因や疾病の統計などに関する情報の国際的な比較や、医療機関における診療記録の管理などに活用されており、「大分類」、「中分類」、「小分類」等に整理されている。

主な分類に含まれる疾病名

- ・新生物…悪性新生物(胃がん、大腸がん)等、白血病、良性新生物(子宮筋腫)等
- ・内分泌系…糖尿病、高脂血症、脂質異常症
- ・循環器系…高血圧、狭心症、脳内出血、脳梗塞、動脈硬化等
- ・消化器系…胃潰瘍、アルコール性肝炎、慢性肝炎、肝硬変、脂肪肝等

(3) 生活習慣病医療費

令和4年度の生活習慣病医療費の状況について、入院、外来別に示したものである。生活習慣病等疾病別医療費統計(外来)をみると、重症化につながる基礎疾患である糖尿病、高血圧症が上位を占めている。また、生活習慣病等疾病別医療費統計(入院)では、脳出血、脳梗塞が上位を占めていることから、生活習慣病である糖尿病、高血圧症予防の取り組みを行い重症化への移行を抑制する必要がある。

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
糖尿病	117,834,130	8.1%	3	3,724	7.2%	4	31,642	3
高血圧症	77,021,830	5.3%	4	6,004	11.6%	1	12,828	12
脂質異常症	60,040,490	4.1%	6	4,599	8.9%	3	13,055	11
高尿酸血症	1,100,270	0.1%	11	88	0.2%	9	12,503	13
脂肪肝	1,354,510	0.1%	9	67	0.1%	10	20,217	9
動脈硬化症	1,042,960	0.1%	12	62	0.1%	11	16,822	10
脳出血	446,300	0.0%	13	17	0.0%	13	26,253	5
脳梗塞	4,140,150	0.3%	8	195	0.4%	8	21,232	8
狭心症	6,871,640	0.5%	7	286	0.6%	7	24,027	6
心筋梗塞	1,112,660	0.1%	10	32	0.1%	12	34,771	2
がん	319,496,340	21.9%	1	2,093	4.0%	6	152,650	1
筋・骨格	145,934,190	10.0%	2	5,081	9.8%	2	28,722	4
精神	70,621,180	4.8%	5	3,165	6.1%	5	22,313	7
その他(上記以外のもの)	651,481,770	44.7%		26,282	50.8%		24,788	
合計	1,458,498,420			51,695			28,214	

資料: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)」

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
糖尿病	5,877,310	0.5%	8	20	1.1%	5	293,866	11
高血圧症	1,537,390	0.1%	9	5	0.3%	9	307,478	10
脂質異常症	951,900	0.1%	10	3	0.2%	10	317,300	9
高尿酸血症	0	0.0%	13	0	0.0%	13	0	13
脂肪肝	164,960	0.0%	12	1	0.1%	11	164,960	12
動脈硬化症	751,150	0.1%	11	1	0.1%	11	751,150	5
脳出血	13,358,430	1.2%	5	12	0.7%	6	1,113,203	2
脳梗塞	34,526,040	3.1%	4	38	2.2%	4	908,580	4
狭心症	6,782,700	0.6%	7	10	0.6%	7	678,270	7
心筋梗塞	11,009,820	1.0%	6	8	0.5%	8	1,376,228	1
がん	181,891,630	16.5%	1	249	14.2%	1	730,488	6
筋・骨格	166,121,470	15.1%	2	165	9.4%	3	1,006,797	3
精神	113,369,230	10.3%	3	227	12.9%	2	499,424	8
その他(上記以外のもの)	564,691,810	51.3%		1,018	57.9%		554,707	
合計	1,101,033,840			1,757			626,656	

資料: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)」

平成30年度から令和4年度の入院+外来における医療費の状況を示したものである。生活習慣病が重症化する基礎疾患をみると、糖尿病、慢性腎臓病(透析あり)、高血圧は上位に位置している。このことから、生活習慣病の重症化予防に取り組む必要がある。

年度別 生活習慣病等疾病別医療費統計(入院+外来)

平成30年度 入院+外来 (%)			平成31年度 入院+外来 (%)			令和2年度 入院+外来 (%)		
順位	傷病名	数値	順位	傷病名	数値	順位	傷病名	数値
1	糖尿病	4.9	1	慢性腎臓病(透析あり)	4.6	1	肺がん	6.6
2	統合失調症	4.6	2	統合失調症	4.3	2	慢性腎臓病(透析あり)	5.0
3	慢性腎臓病(透析あり)	4.2	3	糖尿病	4.2	3	糖尿病	4.4
4	高血圧症	3.8	4	高血圧症	3.7	4	統合失調症	4.3
5	脂質異常症	3.4	5	肺がん	3.6	5	高血圧症	3.7
6	関節疾患	3.3	6	脂質異常症	3.3	6	関節疾患	3.7
7	不整脈	2.6	7	関節疾患	3.1	7	脂質異常症	3.1
8	骨折	2.6	8	不整脈	2.6	8	骨折	2.6
9	大腸がん	2.1	9	骨折	2.1	9	不整脈	2.5
10	うつ病	1.9	10	うつ病	1.9	10	うつ病	2.1

令和3年度 入院+外来 (%)			令和4年度 入院+外来 (%)		
順位	傷病名	数値	順位	傷病名	数値
1	関節疾患	5.3	1	関節疾患	4.7
2	慢性腎臓病(透析あり)	5.2	2	肺がん	4.7
3	肺がん	4.4	3	慢性腎臓病(透析あり)	4.3
4	糖尿病	4.2	4	糖尿病	4.1
5	統合失調症	3.7	5	統合失調症	3.3
6	高血圧症	3.4	6	高血圧症	3.1
7	脂質異常症	2.9	7	脂質異常症	2.4
8	不整脈	2.6	8	うつ病	2.2
9	胃がん	2.2	9	不整脈	2.2
10	骨折	2.0	10	大腸がん	2.2

資料: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」

※全体の医療費(入院+外来)を100%として計算

(4)透析患者の状況

令和4年度における、透析患者の状況を示したものである。透析患者の割合をみると当市の0.35%は、京都府の0.33%より高い。また、患者1人当たりの透析医療費は約6,720,000円と高額である。

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(%)
南丹市	6,505	23	0.35%
京都府	498,511	1,649	0.33%
国	24,660,500	86,890	0.35%

資料:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

本市の透析患者数及び医療費の状況等について示したものである。

透析患者数及び医療費

年度	透析患者数(人)	透析医療費(円)※	患者一人当たりの透析医療費(円)
令和4年度	23	154,582,850	6,720,993

資料:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

※透析医療費…人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したもの。

透析患者のうち、糖尿病の治療を受けている者の割合を示したものである。約60%の者が糖尿病の治療を受けていることから、医療機関と連携を取りながら、糖尿病重症化予防事業の取り組みに力を入れる必要がある。

透析患者数及び糖尿病治療の状況

年度	透析患者数(人)	透析患者のうち糖尿病の治療を受けている数(人)	透析患者のうち糖尿病の治療を受けている者の割合(%)
令和4年度	23	14	60.8

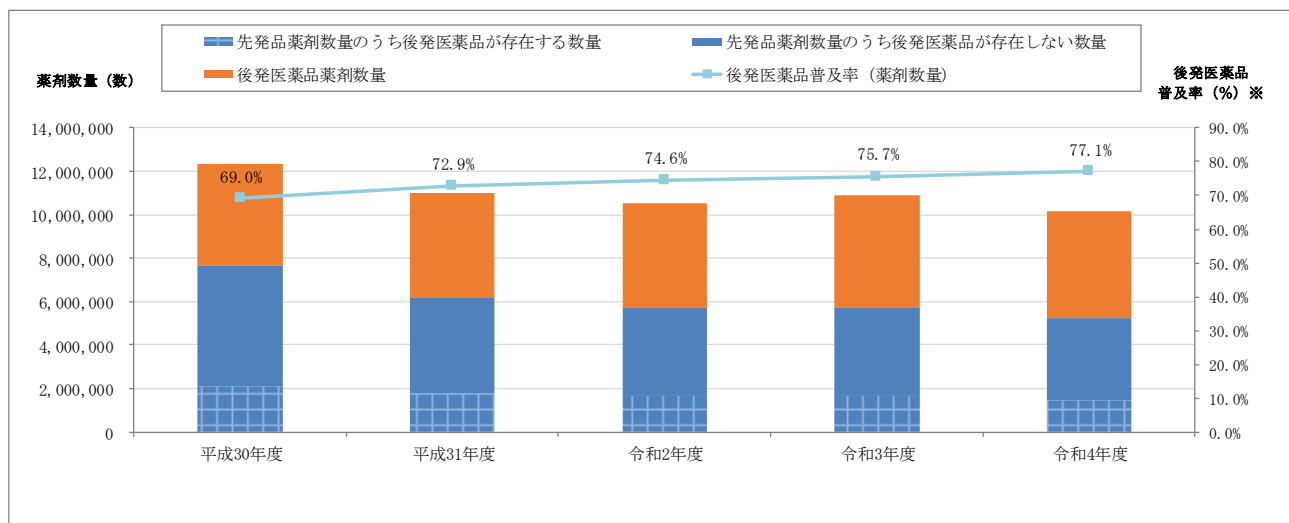
資料:国保データベース(KDB)「厚生労働省様式2-2 人工透析患者一覧表」

2. 後発医薬品普及率に係る分析

平成30年度から令和4年度における、後発医薬品普及率(数量ベース)を年度別に示したものである。令和4年度を平成30年度と比較すると、後発医薬品普及率(数量ベース)77.1%は、平成30年度69.0%より8.1ポイント増加している。

今後も先発医薬品から後発医薬品への切り替えを患者に促し、薬剤費の削減を図る必要がある。

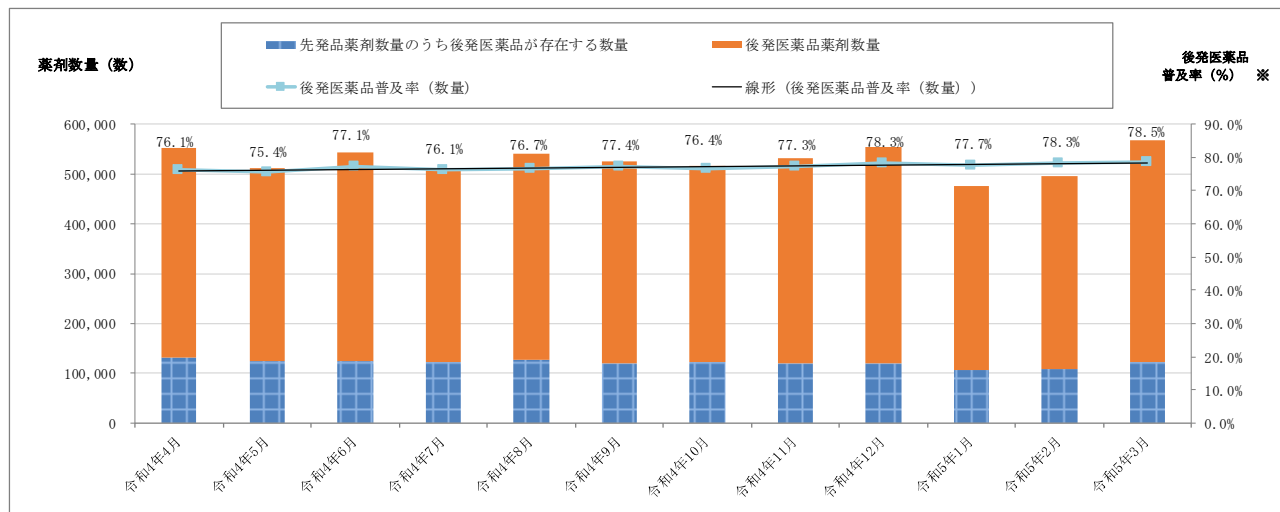
年度別 後発医薬品普及率(数量ベース)



※後発医薬品普及率…後発医薬品薬剤数量/(後発医薬品薬剤数量+先発品薬剤数量のうち後発医薬品が存在する数量)

令和4年度、診療年月毎の状況について示したものである。令和4年4月から令和5年3月診療分(12カ月分)での平均後発医薬品普及率は、数量ベースでは77.1%である。

後発医薬品普及率(数量ベース)



資料:国保データベース(KDB)システム「後発医薬品数量シェア集計表」

※後発医薬品普及率…後発医薬品薬剤数量/(後発医薬品薬剤数量+先発品薬剤数量のうち後発医薬品が存在する数量)

3. 特定健康診査受診状況

(1) 特定健康診査

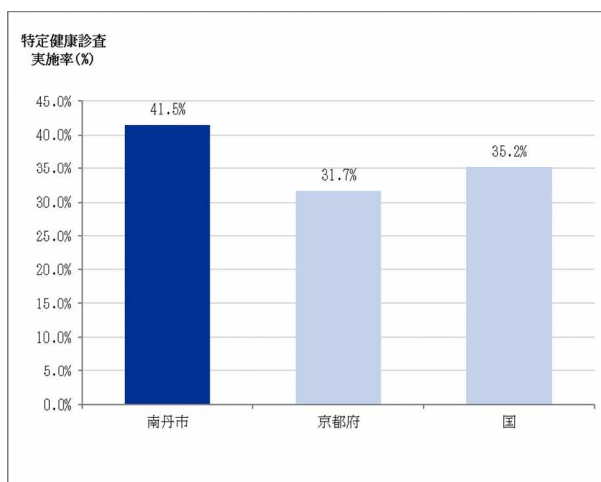
本市の令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率は以下のとおりである。特定健診の受診率は、府・国の受診率より高く推移している。

特定健康診査受診率(令和4年度)

区分	特定健診受診率
南丹市	41.5%
京都府	31.7%
国	35.2%

資料：(南丹市)法定報告
(国・京都府)国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

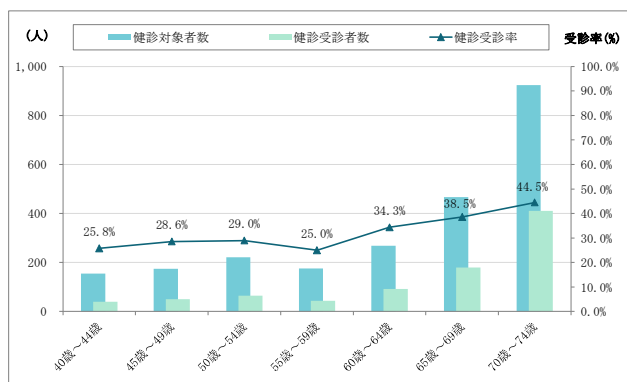
特定健康診査受診率(令和4年度)



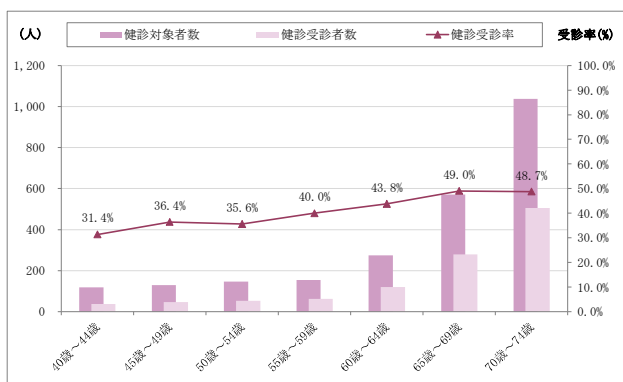
資料：(南丹市)法定報告
(国・京都府)国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

令和4年度 男女年齢別特定健康診査受診率をみると、どの年代においても女性より男性の方が受診率が低く、特に男性の55歳から59歳は受診率が25.0%と最も低い。

(男性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



(女性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



資料：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」

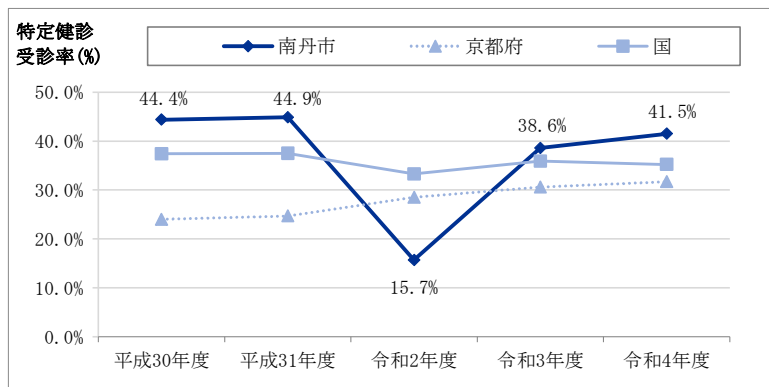
本市の特定健康診査受診率を年度別に示したものである。令和4年度の特定健康診査受診率41.5%は平成30年度44.4%より2.9ポイント減少しているが、特定健診の受診率は、京都府・国の受診率より高く推移している。令和2年度は新型コロナウイルス感染拡大防止対策により、集団健診は中止となった。個別健診のみの実施であったため受診率は落ち込んだが、以降は徐々に回復傾向にある。

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
南丹市	44.4%	44.9%	15.7%	38.6%	41.5%
京都府	24.0%	24.7%	28.5%	30.6%	31.7%
国	37.4%	37.5%	33.3%	35.9%	35.2%

資料：(南丹市)法定報告
(国・京都府)国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

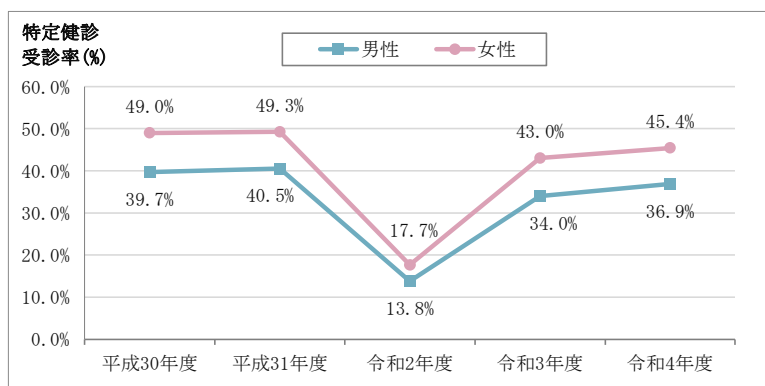
年度別 特定健康診査受診率



資料：(南丹市)法定報告
(国・京都府)国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

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36.9%は平成30年度39.7%より2.8ポイント減少しており、女性の令和4年度受診率45.4%は平成30年度49.0%より3.6ポイント減少している。男性より女性の方が受診率が高く、女性の方が健診に対する意識が高い傾向にあることが伺える。引き続き受診勧奨が必要である。

年度・男女別 特定健康診査受診率



資料：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」

本市の平成20年度から令和4年度における、特定健康診査の受診状況を示したものである。

特定健康診査受診率及び目標値

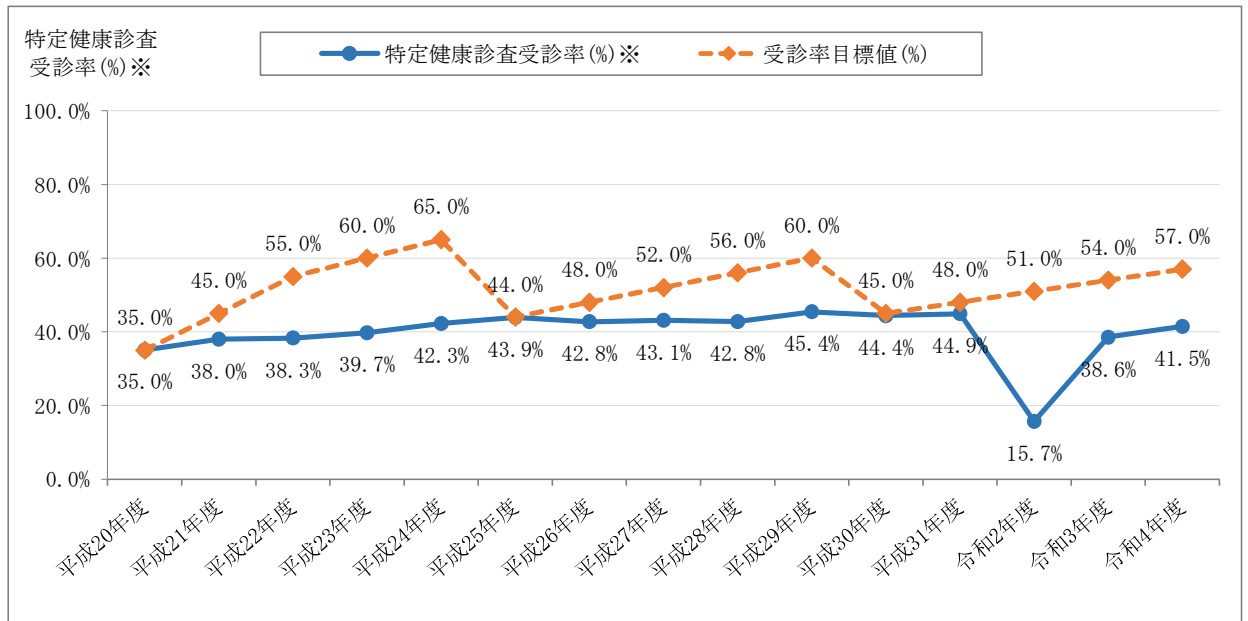
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
特定健康診査対象者数(人)	6,460	6,359	6,242	6,038	5,997	6,008	6,008	5,929
特定健康診査受診者数(人)	2,264	2,417	2,391	2,400	2,536	2,639	2,569	2,555
特定健康診査受診率(%)※	35.0%	38.0%	38.3%	39.7%	42.3%	43.9%	42.8%	43.1%
受診率目標値(%)	35.0%	45.0%	55.0%	60.0%	65.0%	44.0%	48.0%	52.0%

	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
特定健康診査対象者数(人)	5,704	5,510	5,364	5,224	5,181	5,090	4,774
特定健康診査受診者数(人)	2,440	2,503	2,380	2,346	813	1,963	1,980
特定健康診査受診率(%)※	42.8%	45.4%	44.4%	44.9%	15.7%	38.6%	41.5%
受診率目標値(%)	56.0%	60.0%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%

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。

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。

4. 特定保健指導実施状況

(1) 特定保健指導

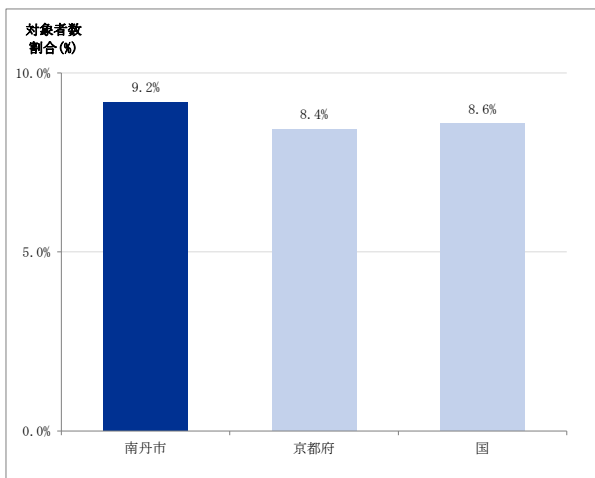
本市の令和4年度における、特定保健指導の実施状況は以下のとおりである。
 特定保健指導の実施率は京都府・国より高く推移している。

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数割合	積極的支援対象者数割合	支援対象者数割合	特定保健指導実施率
南丹市	9.2%	2.9%	12.0%	15.1%
京都府	8.4%	2.6%	11.0%	6.5%
国	8.6%	2.7%	11.3%	9.5%

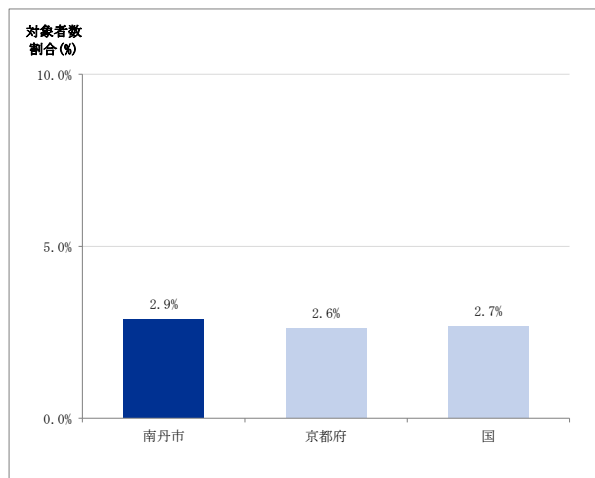
動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。
 特定保健指導実施率…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。
 特定保健指導実施率 資料：(南丹市)法定報告、(国・京都府)国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」
 特定保健指導対象者割合 資料：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

動機付け支援対象者数割合(令和4年度)



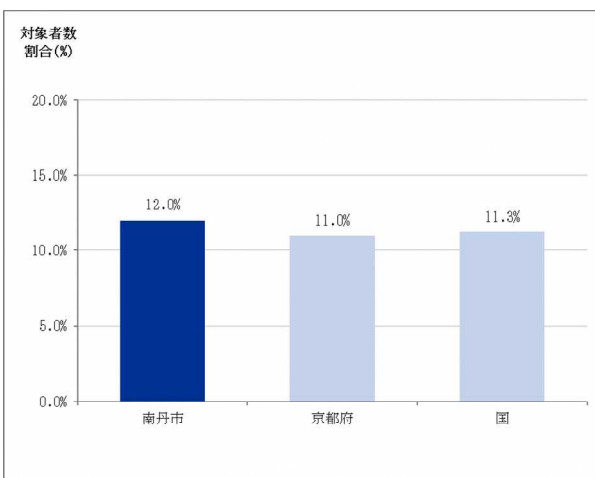
資料：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

積極的支援対象者数割合(令和4年度)



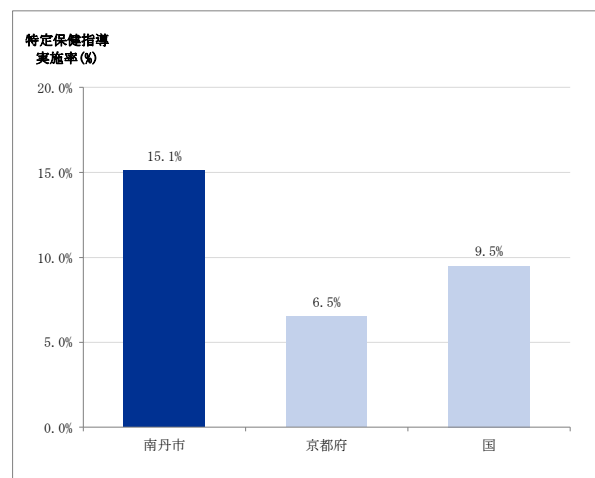
資料：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

支援対象者数割合(令和4年度)



資料：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

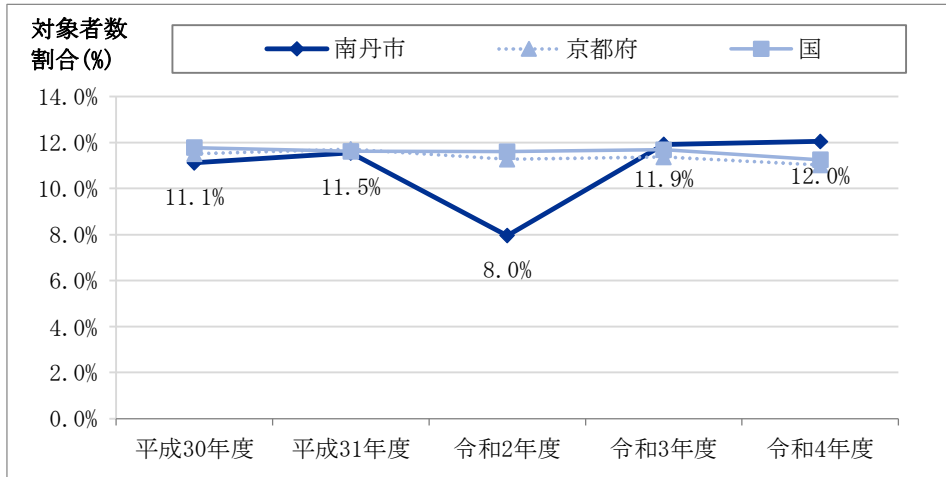
特定保健指導実施率(令和4年度)



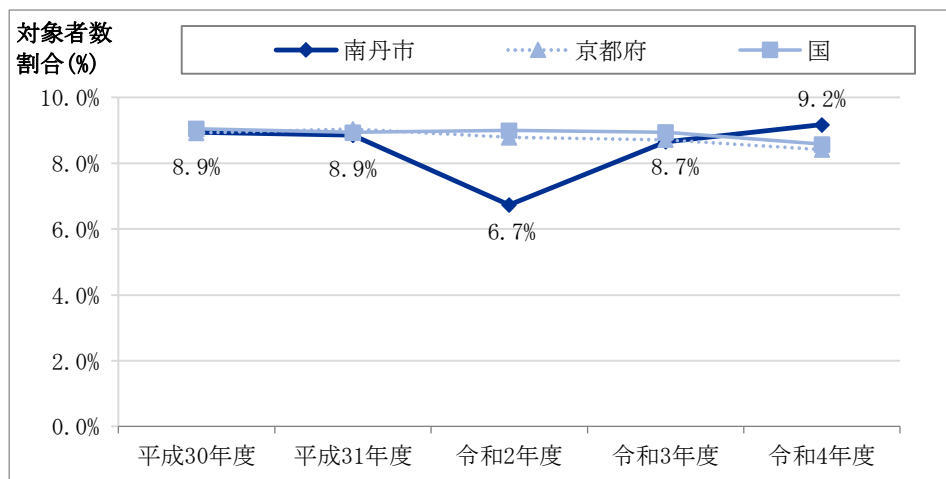
資料：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

本市の平成30年度から令和4年度における、特定保健指導の支援対象者割合を年度別に示したものである。令和4年度の特定保健指導の支援対象者割合12.0%は平成30年度11.1%より0.9ポイント増加している。京都府と比較すると、本市の対象者の割合が高いことが確認できる。

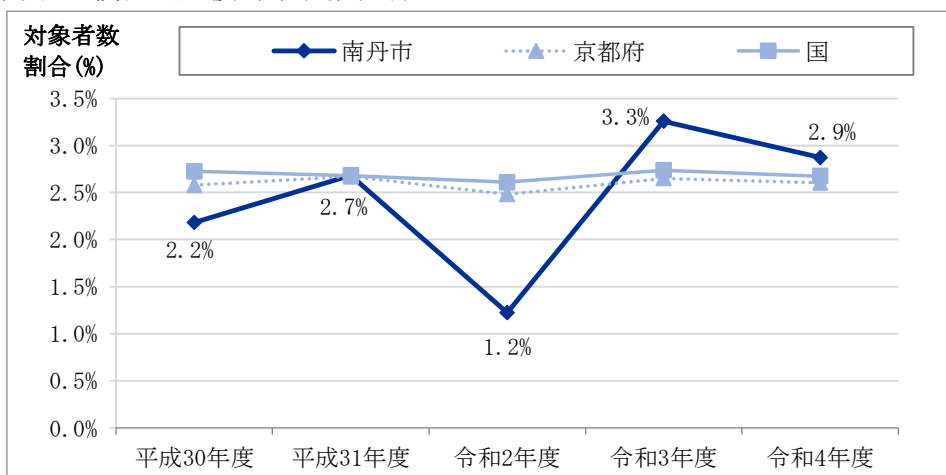
年度別 支援対象者数割合



年度別 動機付け支援対象者数割合



年度別 積極的支援対象者数割合



資料:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

特定保健指導実施率の推移は、平成31年度以降は10%台となり低迷している。対面での保健指導を重視してきたが、利用しやすい保健指導の検討が必要である。

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)	341	329	345	353	329	315	268	253
特定保健指導利用者数(人)	66	46	111	114	127	112	92	74
特定保健指導実施者数(人) ※	61	50	98	93	101	92	72	59
特定保健指導実施率(%)※	17.9%	15.2%	28.4%	26.3%	30.7%	29.2%	26.9%	23.3%
実施率目標値(%)	30.0%	34.0%	38.0%	42.0%	45.0%	36.0%	42.0%	48.0%

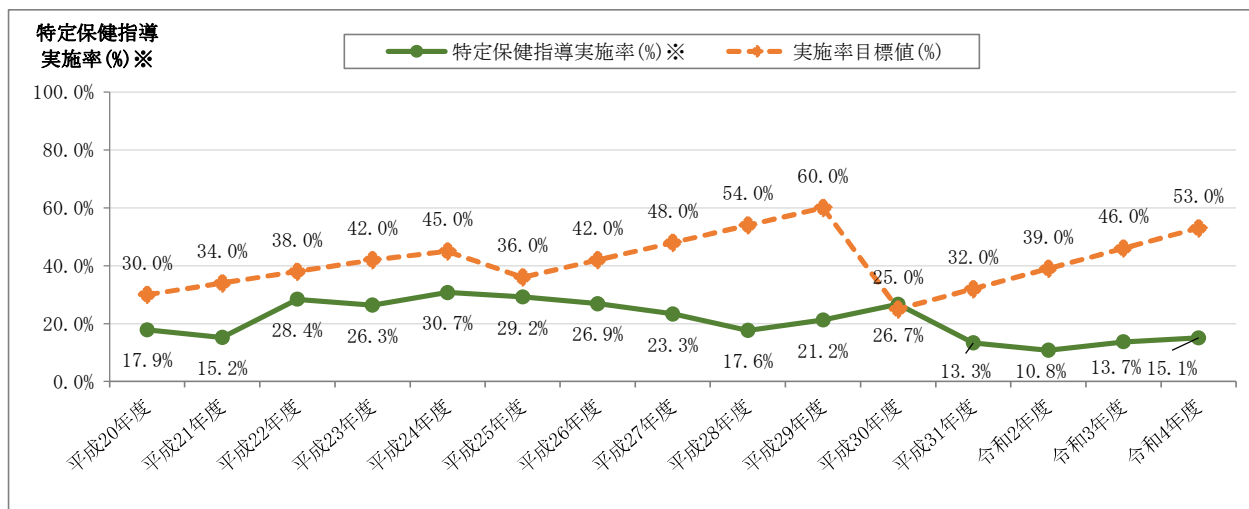
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定保健指導対象者数(人)	295	311	221	271	65	234	239
特定保健指導利用者数(人)	61	71	63	47	8	37	37
特定保健指導実施者数(人) ※	52	66	59	36	7	32	36
特定保健指導実施率(%)※	17.6%	21.2%	26.7%	13.3%	10.8%	13.7%	15.1%
実施率目標値(%)	54.0%	60.0%	25.0%	32.0%	39.0%	46.0%	53.0%

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。

特定保健指導実施率及び目標値

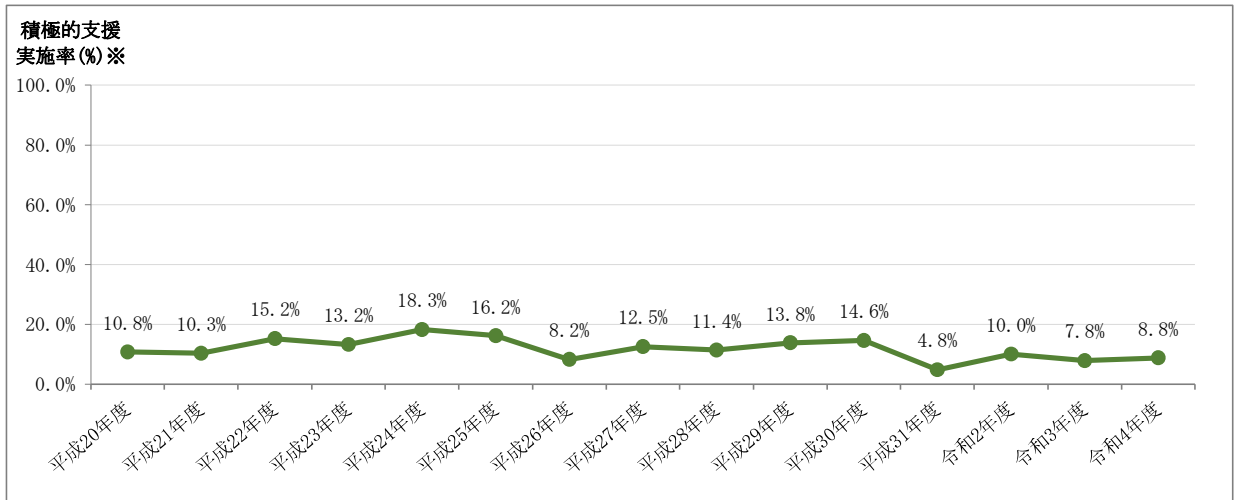


特定保健指導実施率は法定報告値。

※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。

第1期から第3期特定健診等実施計画による支援レベル別の特定保健指導実施状況を示したものである。積極的支援実施率は、10%台で推移していたが、平成31年度以降は10%以下となり低迷している。動機付け支援実施率は、第1期から第2期では30%台を維持していたが、平成31年度以降は10%台となり、令和3年度からはやや回復傾向にある。引き続き保健指導の利用勧奨、利用しやすい保健指導についての見直しを行っていく必要がある。

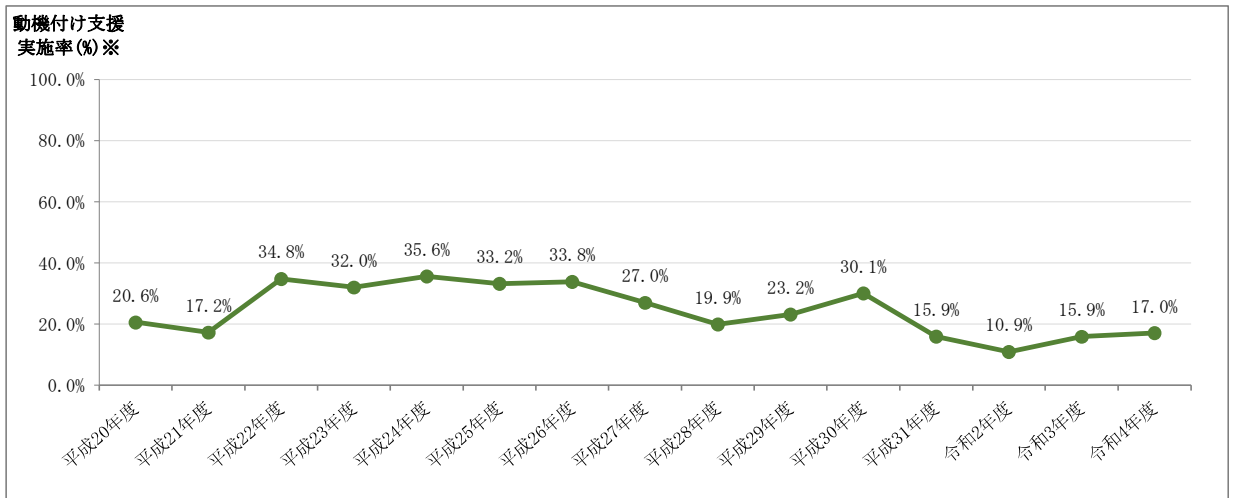
積極的支援実施状況



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。

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。

5. 健康診査データによる分析

(1) 検査項目有所見者の状況

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示したものである。京都府の平均と比較した結果、収縮期血圧、拡張期血圧、心電図、眼底検査の有所見者割合が増加傾向である。また、平成30年度から令和4年度における血管を傷つける項目については、収縮期血圧、拡張期血圧が年々増加傾向である。

引き続き生活習慣を見直し、減塩を意識した食生活や運動習慣の定着に取り組む必要がある。

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
南丹市	40歳～64歳	人数(人)	166	214	86	105	21	97	221	13
		割合(%)	27.3%	35.2%	14.1%	17.3%	3.5%	16.0%	36.3%	2.1%
	65歳～74歳	人数(人)	287	444	172	140	48	364	795	34
		割合(%)	20.8%	32.2%	12.5%	10.2%	3.5%	26.4%	57.7%	2.5%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	453	658	258	245	69	461	1,016	47
		割合(%)	22.8%	33.1%	13.0%	12.3%	3.5%	23.2%	51.2%	2.4%
京都府		割合(%)	23.2%	33.4%	20.9%	13.1%	4.2%	24.2%	56.5%	7.2%
国		割合(%)	26.8%	34.9%	21.2%	14.0%	3.9%	24.7%	58.3%	6.7%

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
南丹市	40歳～64歳	人数(人)	220	142	300	1	156	147	33	53
		割合(%)	36.2%	23.4%	49.3%	0.2%	25.7%	24.2%	5.4%	8.7%
	65歳～74歳	人数(人)	775	328	604	21	578	445	106	315
		割合(%)	56.3%	23.8%	43.9%	1.5%	42.0%	32.3%	7.7%	22.9%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	995	470	904	22	734	592	139	368
		割合(%)	50.1%	23.7%	45.5%	1.1%	37.0%	29.8%	7.0%	18.5%
京都府		割合(%)	47.7%	21.1%	47.1%	1.2%	34.4%	18.3%	5.8%	22.9%
国		割合(%)	48.2%	20.7%	50.0%	1.3%	21.7%	18.7%	5.2%	21.9%

資料：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)」

年度別 検査項目有所見者の状況(血管を傷つける項目)

単位(%)

総数	血管を傷つける・臓器障害					
	空腹時血糖 (100以上)	HbA1c (5.6以上)	尿酸 (7.0超過)	収縮期血圧 (130以上)	拡張期血圧 (85以上)	eGFR (60未満)
H30年度	25.0	77.1	2.9	47.0	19.7	14.9
H31年度	24.1	71.8	2.9	44.3	22.4	16.3
R2年度	34.5	65.1	8.3	43.2	17.1	21.9
R3年度	25.5	54.4	2.2	51.3	24.6	19.3
R4年度	23.1	51.1	2.4	50.2	23.6	18.6
R4年度 京都府平均	24.2	56.7	7.2	47.7	21.2	22.9

※R4年度京都府平均より高い項目を黄色で標記

(2) メタボリックシンドローム該当状況

令和4年4月から令和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示したものである。基準該当は15.5%、予備群該当は13.3%である。

メタボリックシンドローム該当状況

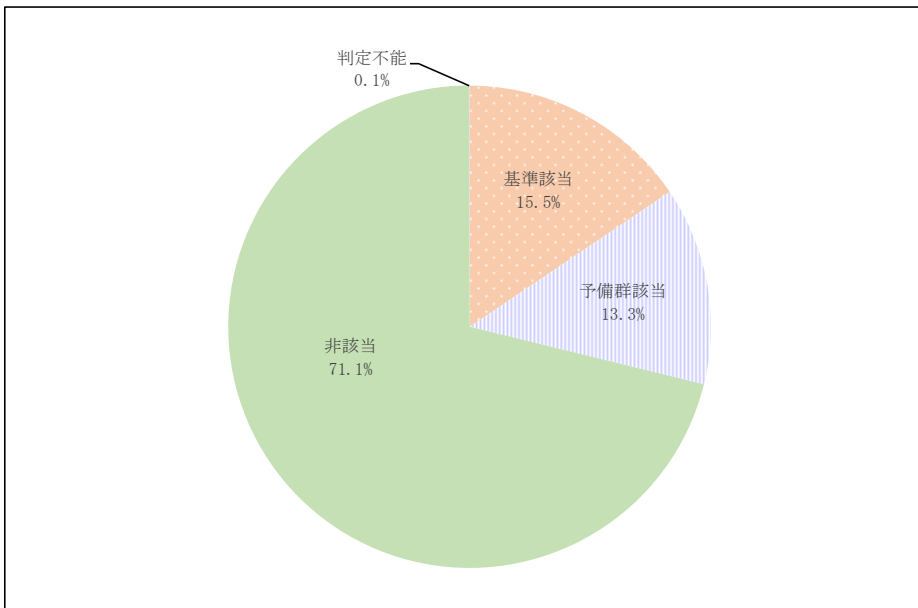
	健診受診者数	基準該当	予備群該当	非該当	判定不能
該当者数(人)	1,969	306	262	1,400	1
割合(%) ※	-	15.5%	13.3%	71.1%	0.1%

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。

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。

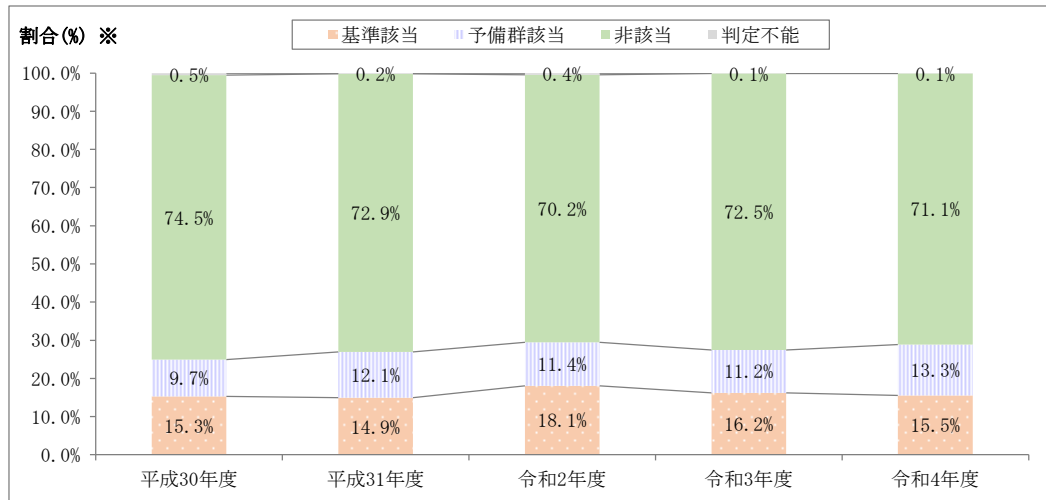
平成30年度から令和4年度における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を年度別に示したものである。令和4年度を平成30年度と比較すると、基準該当15.5%は平成30年度15.3%より0.2ポイント増加しており、予備群該当13.3%は平成30年度9.7%より3.6ポイント増加している。

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)
平成30年度	2,108
平成31年度	2,140
令和2年度	764
令和3年度	1,877
令和4年度	1,969

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(%) ※	
平成30年度	322	15.3%		204	9.7%		1,571	74.5%		11	0.5%	
平成31年度	319	14.9%		258	12.1%		1,559	72.9%		4	0.2%	
令和2年度	138	18.1%		87	11.4%		536	70.2%		3	0.4%	
令和3年度	305	16.2%		210	11.2%		1,360	72.5%		2	0.1%	
令和4年度	306	15.5%		262	13.3%		1,400	71.1%		1	0.1%	

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)…健康診査データは平成30年4月～令和5年3月健診分(60カ月分)。

資格確認日…各年度末時点。

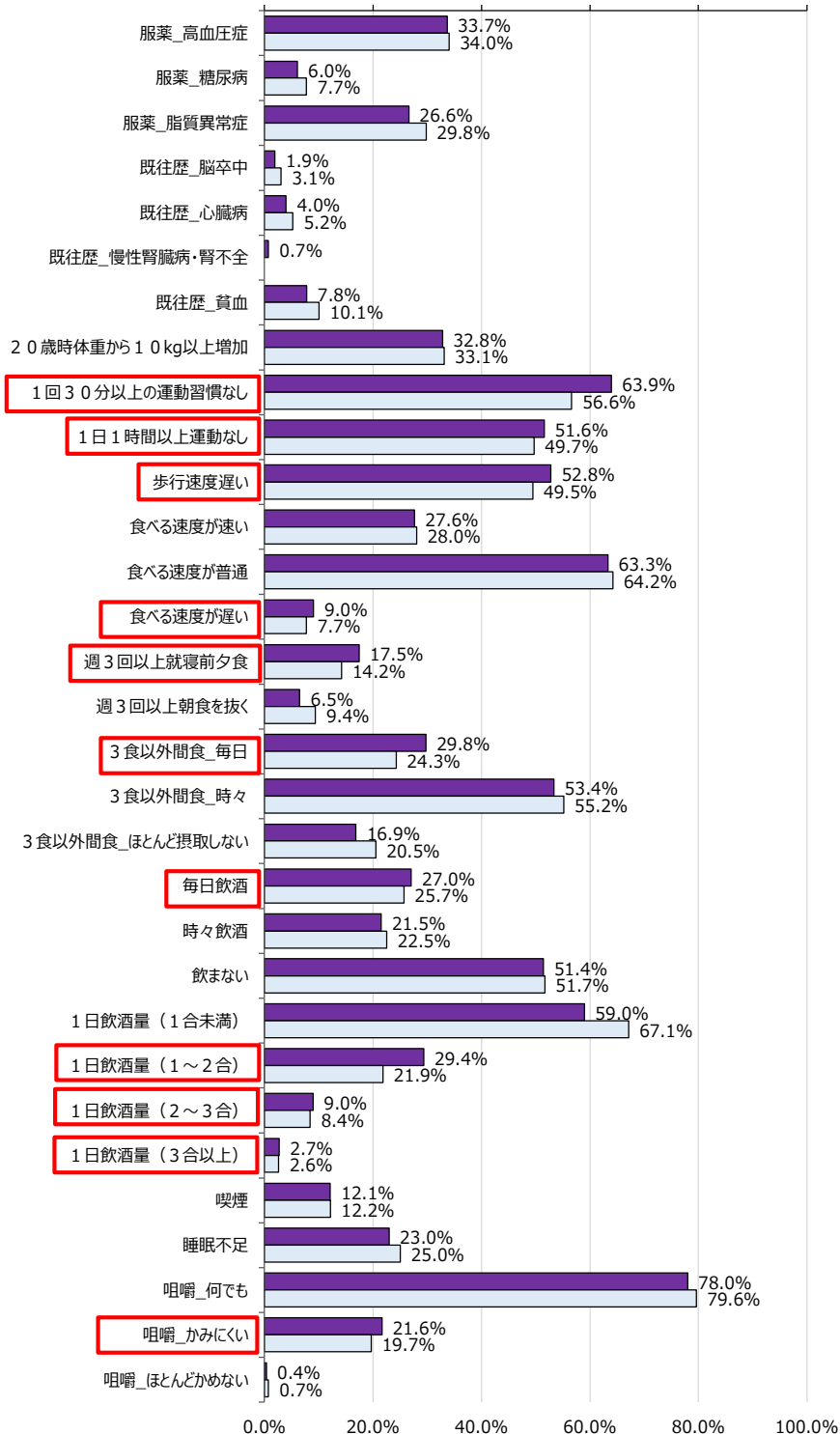
※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

(3) 健康診査データにおける質問票調査の状況

令和4年度健康診査データにおける質問票調査の状況について示したものである。京都府と比較した場合、運動習慣なし(30分以上・1日1時間以上)や歩行速度が遅い、就寝前の夕食、3食以外に毎日間食、毎日飲酒、1日飲酒量(1~2合、2~3合、3合以上)、噛みにくい割合が高い。今後、質問票の結果を活用しながら生活習慣病、健康寿命延伸のための取り組みが必要である。

質問票調査の状況(男女合計)(令和4年度)

※京都府より割合が高い項目を赤枠で表記

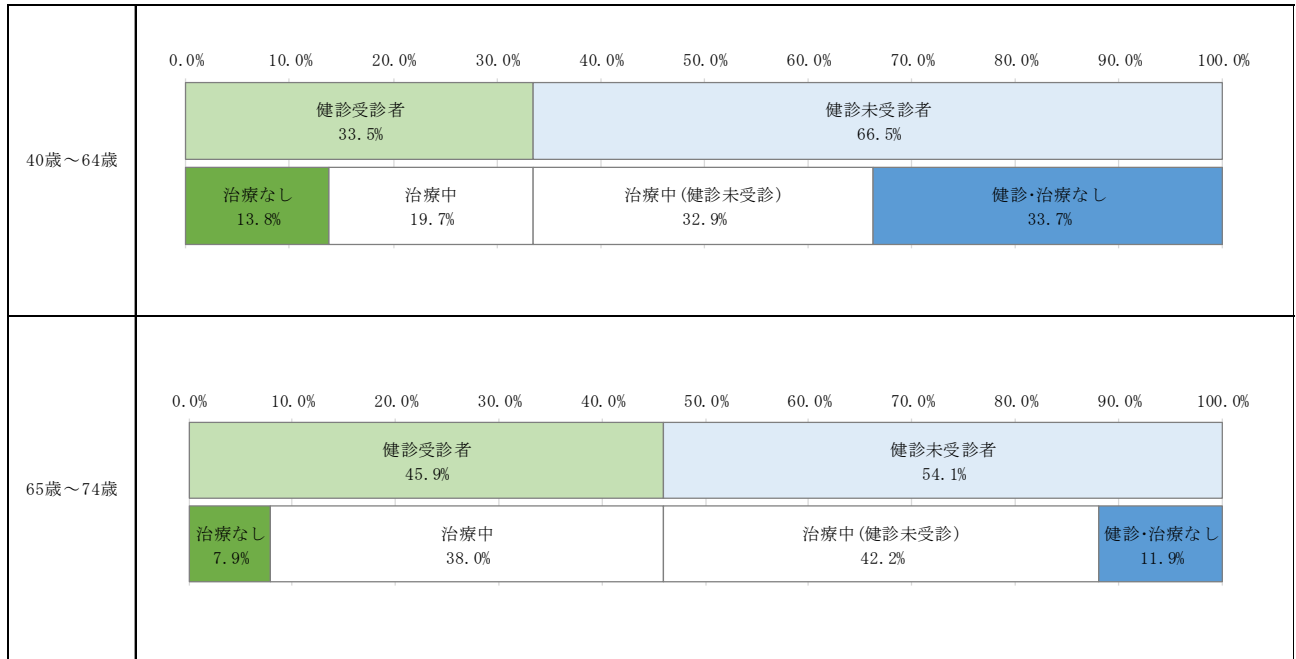


資料:国保データベース(KDB)システム
「質問票調査の状況」

(4) 特定健診対象者の生活習慣病治療状況

令和4年度における40歳以上の特定健診対象者について、健診受診状況別に生活習慣病の治療状況を示したものである。健診・治療なしの割合は40歳から64歳で33.7%で、65歳から74歳の11.9%の約3倍となっている。

特定健診対象者の生活習慣病治療状況(令和4年度)



資料: 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」…特定健診対象者のうち、生活習慣病のレセプトを持つ患者を対象として集計。

健康無関心層について

若者を中心とした健康無関心層の人たちは一般的に、健康に対する意識や関心が低く自身の健康についてあまり気にかけないため、特定健診受診等の定期的な健康チェックを怠りがちである。そのため、生活習慣病のリスク要因にさらされ、病気や健康問題が進行する可能性が高くなる。健康に関心がないことから、病気や症状が進行するまで医療機関を受診することもなく、病気が進行するまで放置しているため、受診したタイミングでは重症化や医療費が高額になる可能性がある。

第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容

1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策

分析結果から明らかとなった健康課題と、健康課題に対して本計画で目指す姿(目的)、その目的を達成するための対策を示したものである。

健康課題の抽出	健康課題解決のための対策
<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診率はコロナ禍の影響により令和2年度に減少したが、それ以降は上昇し、令和4年度で41.5%となったものの、国の求める60%にはまだ到達していない。 ・特定保健指導実施(終了)率は令和4年度で15.1%となっており、京都府の6.5%よりは高いものの60%には届いていない。 ・平成30年度から令和4年度透析患者数について20人前後で推移している。透析の原因となる糖尿病や高血圧症の医療費割合(細小分類)ではそれぞれ糖尿病4.1%、高血圧症3.1%となっている。 ・生活習慣病等の疾病別医療費(外来)では、糖尿病・高血圧症の医療費が高い。 ・健診時の質問票調査において、以下の項目が京都府と比較して高い。 「運動習慣がなし」(30分以上、1日1時間以上) 「歩行速度が遅い」 「週3回以上就寝前に夕食をとる」 「3食以外間食を毎日とる」 「毎日飲酒をする」 「1日飲酒量」(1~2合、2~3合、3合以上) 「噛みにくい」 	<p>生活習慣病の早期発見・早期治療による重症化予防</p> <p>健診受診率及び特定保健指導実施率向上による疾病の早期発見と早期治療への橋渡しを行う。</p> <p>【事業番号①】 特定健診受診率向上対策 【事業番号②】 特定保健指導実施(終了)率向上対策</p> <p>医療機関の治療とあわせて、生活習慣改善を行うことで重症化予防につなげる。</p> <p>【事業番号③】 壮年期からの生活習慣改善対策 【事業番号⑤】 高血圧症の発症予防対策 【事業番号⑥】 糖尿病の重症化予防対策 【事業番号⑧】 タバコ対策</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品(ジェネリック)普及率(数量ベース)は令和4年度77.1%となり、国の目標の80%に達成していないため、引き続き後発医薬品を促進することで医療費の適正化を図る。 	<p>医療費適正化と適正受診・適正服薬</p> <p>後発医薬品の促進、飲みすぎの可能性のある薬の注意喚起や、適正な医療機関受診を促すことで医療費の適正化を図る。</p> <p>【事業番号⑨】 医療費適正化計画</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・新生物<腫瘍>について、入院医療費の16.5%、外来医療費の21.9%となり全体医療費に占める割合が高い。 ・標準化死亡比で見ると、老衰の次に男性は肺がん・肝がん、女性は胃がんが全国水準を超えている。 	<p>がん対策</p> <p>がんの早期発見、早期治療につなげ被保険者のQOLの向上を図る。</p> <p>【事業番号⑦】 がん対策</p>
<p>介護保険の状況について、要介護1以上は京都府より1件当たり介護給付費が多く、要介護3以上に関しては、国・京都府を大幅に上回っている。</p> <p>介護認定者の疾病有病状況は平均3疾病(心臓病、筋・骨格、高血圧症)となり、平成30年からほぼ横ばいとなっている。</p> <p>入院+外来医療費の経年推移から関節疾患の占める割合が高い。</p>	<p>高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施</p> <p>壮年期から自分自身の健康に関心を持ち、介護予防活動に取り組む等、健康意識の向上を図ることで健康寿命の延伸につなげる。</p> <p>【事業番号④】 ロコモ予防対策</p>

※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)
【事業番号①】 特定健診受診率	41.5%	45%	48%	51%	54%	57%	60%
【事業番号②】 特定保健指導実施(終了)率	15.1%	25%	30%	35%	40%	45%	50%
【事業番号③】 メタボ予防健診受診率	9.08%	10%	11%	12%	13%	14%	15%
【事業番号④】 新規要介護認定率	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
【事業番号⑤】 高血圧要精密検査受診率	42.3%	46%	49%	52%	55%	58%	60%
【事業番号⑥】 新規透析移行者数	0.050人	0.050人	0.050人	0.050人	0.050人	0.050人	0.050人
【事業番号⑦】 肺がん検診受診率 大腸がん検診受診率	11.9% 12.4%	30%	40%	50%	54%	57%	60%
【事業番号⑧】 喫煙率	12.2%	12.2%	12.2%	12.1%	12.1%	12.1%	12.0%
【事業番号⑨】 後発医薬品普及率	77.1%	78%	79%	80%	80%	80%	80%

2. 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

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ある。

全体の目標	生活習慣病の発症予防と重症化予防を行い 健康寿命を延伸する
-------	----------------------------------

事業番号	事業名称	中長期目標	短期目標
①	特定健診受診率向上対策	<u>特定健診受診率60%</u>	<u>新規加入者受診率の向上</u> R4実績:13.8% <u>継続受診者率の向上</u> R4実績:71.1%
②	特定保健指導実施(終了)率向上対策	<u>特定保健指導実施(終了)50%</u>	<u>動機付け支援実施(終了)率の向上</u> R4実績:17.0%、毎年5%ずつ増加
③	壮年期からの生活習慣改善対策	<u>メタボリックシンドローム該当者と予備軍の減少</u> R4実績:男 47.9% 女 14.4%	<u>運動習慣を継続している人を増やす</u> R4実績:1日30分以上の運動習慣がない者の割合 63.9% <u>朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取している人を減らす</u> R4実績:夕食後に間食が週に3回以上ある者の割合 29.8%
④	ロコモ予防対策	<u>新規要介護認定率の減少</u> R4実績:0.3%	<u>30分以上週2日以上運動している人の割合を増やす</u> R4実績:日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施している者の割合 51.6%
⑤	高血圧症の発症予防対策	<u>血圧に関する精密検査受診率の向上</u> R4実績:42.3%	<u>血圧コントロール不良者の減少</u> R4実績: 収縮期血圧有所見者 男51.5 女49.1 拡張期血圧有所見者 男31.1 女16.1
⑥	糖尿病の重症化予防対策	<u>人工透析新規患者数の減少</u> R4実績:0.050人	<u>血糖コントロール不良者の減少</u> R4実績: HbA1c5.6%以上 男53.7% 女49.2% <u>糖尿病に関する精密検査受診率の向上</u> R4実績:糖尿病精密検査受診率 42.9% <u>腎機能に関する精密検査受診率の向上</u> R4実績:腎臓病精密検査受診率 60.7%
⑦	がん対策	<u>がん検診受診率60%</u> <u>がん検診要精密検査受診率90%</u>	<u>肺がん・大腸がん検診受診率の向上</u> R4実績:肺がん11.9% 大腸がん12.4% <u>胃がん・大腸がん検診要精密検査受診率の向上</u> R4実績:胃がん76.3% 大腸がん80.5%
⑧	タバコ対策	<u>喫煙率の減少</u> R4実績:12.2%	<u>禁煙・受動喫煙防止に関する普及啓発</u>
⑨	医療費適正化計画	<u>後発医薬品普及率80%</u>	<u>後発医薬品普及率の向上</u> R4実績:77.1%

(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ある。

事業番号:① 特定健康診査受診率向上対策【継続】

事業名	事業の目的	ストラクチャー (構造)	プロセス (過程)
特定健康診査受診勧奨	特定健診受診率の向上をはかり、自分の生活習慣を見直し改善できるようにすることで、メタボリックシンドロームや予備軍および生活習慣病を予防する。	○予算(報酬、通信運搬費) ○実施体制の確保(調整会議 年2回)	○勧奨方法の設定 ○通知数の設定 ○勧奨実施時期の設定
特定健康診査受診環境の整備		○関係機関との連携状況(庁内関係課、船井医師会、委託業者、医療機関等)	
人間ドックの助成		○予算(委託料、通信運搬費) ○人員体制の確保(事務職員、保健師等) ○関係機関との連携状況(庁内関係課、医療機関等)	○勧奨方法の設定 ○勧奨実施時期の設定

事業番号:② 特定保健指導実施(終了)率向上対策【継続】

事業名	事業の目的	ストラクチャー (構造)	プロセス (過程)
特定保健指導の利用勧奨	特定保健指導の利用者を増やすことで、メタボリックシンドロームを改善できるようにする。	○予算(報酬) ○人員体制の確保(保健師、管理栄養士)	○利用勧奨方法 ○特定保健指導の使用媒体の適切さ ○アウトカム評価を考慮した指導方法
特定保健指導の実施機会の拡大		○実施体制の確保(調整会議 年4回) ○関係機関との連携状況(庁内関係課、施設等) ○特定保健指導に関わる支援者に関する研修	

事業番号:③ 壮年期からの生活習慣改善対策【継続】

事業名	事業の目的	ストラクチャー (構造)	プロセス (過程)
メタボ予防健診の実施	働き盛り層が、健康に関心を持ち、生活習慣病を予防できるようにする。	○予算(委託料、通信運搬費、報酬) ○実施体制の確保(医療機関との調整 年1回) ○関係機関との連携状況(庁内関係課、委託業者、施設等)	○対象者の設定 ○実施方法の設定 ○通知数の設定 ○通知時期の設定
メタボ予防健診受診者への保健指導			
スマホdeドック			
歯周病予防健診		○予算(委託料、通信運搬費) ○人員体制の確保 ○関係機関との連携(委託業者、事業所等)	○広報啓発の適切さ
健幸ポイント事業			

※アウトプットp46、アウトプットp47に示す

事業番号:④ ロコモ予防対策【継続】

事業名	事業の目的	ストラクチャー (構造)	プロセス (過程)
高齢者体力測定事業	高齢者に対し体力測定を実施する事で自分自身の体力を知り、いつまでも地域で生活することが出来るよう介護予防活動への動機付けとする事を目的とする。	○予算(委託業者) ○人員体制の確保(保健師、看護師、管理栄養士、事務職)	○適切なスケジュール調整 ○勸奨方法
骨粗しょう症健診事業	骨粗しょう症による骨折等での要介護状態を未然防止する。また、骨量を保つ生活習慣を意識し、健康増進を図ることを目的とする。	○関係機関との連携状況(庁内関係課、委託業者、施設等)	○使用媒体の適切さ

事業番号:⑤ 高血圧症の発症予防対策【継続】

事業名	事業の目的	ストラクチャー (構造)	プロセス (過程)
家庭血圧測定の普及啓発 減塩・カリウム摂取の普及啓発	高血圧を予防するために生活習慣を見直し、発症を防ぐことができるようにする。	○予算 ○人員体制の確保(保健師、管理栄養士、看護師) ○実施体制の確保(調整会議 年2回) ○関係機関との連携状況(庁内関係課、医療機関、施設等)	○適切なスケジュール調整 ○適切な啓発方法 ○適切な使用媒体の準備
要精密検査受診の再勧奨(血圧)			○適切なスケジュール調整 ○勸奨方法 ○通知数の決定

事業番号:⑥ 糖尿病の重症化予防対策【継続】

事業名	事業の目的	ストラクチャー (構造)	プロセス (過程)
要精密検査受診の再勧奨(糖尿病・腎機能) 糖尿病性腎症ハイリスク者への保健指導 糖尿病治療中断に対する受診勧奨 CKD予防教室	特定健康診査のうち、医療未受診者の者への再勧奨、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨を行い、医療に結びつけることや、糖尿病治療中のハイリスク者に対する保健指導を実施することで、人工透析への移行を防止または遅らせる。	○連携体制の構築状況(庁内関係課、船井医師会、行政機関等) ○予算(報酬) ○人員体制の確保(保健師、管理栄養士) ○保健指導の資質の確保(研修 年1回) ○データの集約	○適切なスケジュール調整 ○対象者の抽出、データ管理 ○適切な指導媒体の準備

※アウトプットp46、アウトプットp47に示す

事業番号:⑦ がん対策【継続】

事業名	事業の目的	ストラクチャー (構造)	プロセス (過程)
がん検診受診率向上	がんの早期発見、早期治療によりがんによる死亡を減少させる。	<ul style="list-style-type: none"> ○連携体制の構築状況(船井医師会、医療機関、委託業者等) ○予算(委託料、報酬、通信運搬費) ○人員体制の確保(保健師、看護師) ○実施体制の確保(調整会議 年2回) 	<ul style="list-style-type: none"> ○適切なスケジュール調整 ○勸奨手法の選定
がん検診精密検査受診勸奨			<ul style="list-style-type: none"> ○勸奨対象者の選定 ○通知数の決定 ○勸奨実施時期の決定
がん予防に関する普及啓発			<ul style="list-style-type: none"> ○啓発の方法の選定 ○適切な啓発媒体の準備

事業番号:⑧ タバコ対策【継続】

事業名	事業の目的	ストラクチャー (構造)	プロセス (過程)
禁煙相談会の実施	タバコについて正しい知識と情報を提供し、喫煙者への禁煙支援及び受動喫煙から守るための環境整備を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ○連携体制の構築状況(薬剤師、医療機関等) ○人員体制の確保(保健師、薬剤師) ○保健指導の資質の確保(調整会議 年2回) 	<ul style="list-style-type: none"> ○適切なスケジュール調整 ○勸奨実施時期の決定 ○適切な指導媒体の準備
禁煙・受動喫煙防止に関する普及啓発			<ul style="list-style-type: none"> ○啓発の方法の選定 ○適切な啓発媒体の準備

事業番号:⑨ 医療費適正化計画【継続】

事業名	事業の目的	ストラクチャー (構造)	プロセス (過程)
医療費通知	後発医薬品の普及啓発やおくすり手帳の利用促進、服薬情報通知等により、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る。	<ul style="list-style-type: none"> ○予算(通信運搬費) ○後発医薬品の使用状況、事業の評価等のデータ分析を実施できる体制の確保 	<ul style="list-style-type: none"> ○後発医薬品の使用状況のデータ分析 ○差額通知等における後発医薬品の品質等についての情報提供
後発医薬品差額通知			
受診行動適正化			
服薬適正化勸奨			
広報事業			

※アウトプットp46、アウトプットp47に示す

3. 京都府の共通指標

令和5年5月18日に厚生労働省から示された「国民健康保険保健事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引き」に記載のある、都道府県によるデータヘルス計画の標準化の一環として、京都府内全保険者での同一の指標等による状況把握、分析実施を推進させることを目的として、共通の評価指標等の設定を行う。

(1) 共通の評価指標

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)
①特定健診受診率	41.5%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
②特定保健指導実施(終了)率	15.1%	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%
③特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	25.8%	27.0%	27.0%	27.0%	30.0%	30.0%	30.0%
④HbA1c8.0%以上の者の割合	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.7%	0.7%	0.7%
⑤高血糖者の割合	6.8%	6.5%	6.5%	6.0%	6.0%	5.5%	5.5%
⑥HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	15.0%	14.5%	14.0%	13.5%	13.0%	12.5%	12.0%

1. 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る。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)のことである。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する。

- 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
- ③ 国民健康保険診療施設の施設・人材の活用
 - ・医療提供における役割だけではなく、地域で必要とされている保健事業、訪問診療、介護サービス、生活支援等の一体的・総合的な提供の場として活用

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する。



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

高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、各医療保険者に対して、40歳以上75歳未満の被保険者を対象とする特定健診・特定保健指導の実施を義務付ける仕組みが導入され、本市においても、国の定める特定健康診査等基本指針に基づき、第1期、2期、3期計画を策定し、事業を実施してきた。

本計画は、第3期特定健康診査等実施計画の実施結果を踏まえ、生活習慣病の発症・重症化を予防し、医療費の適正化を図ることを目的とし、第4期特定健康診査等実施計画を策定する。

2. メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目する意義

特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目し、生活習慣病を改善するための特定保健指導を必要とする者を抽出するために実施するものである。

糖尿病等の生活習慣病の発症には内臓脂肪の蓄積(内臓脂肪型肥満)が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなる。このため、特定保健指導を実施し、生活習慣改善を行うことにより、糖尿病等の発症リスクの低減を図ることができる。

また、特定健診の結果、腹囲等の基準に該当しない特定保健指導非対象者についても、生活習慣病予防の観点から、個々の結果に応じた医療機関への受診勧奨や保健指導など、リスクに対応した個々の保健指導が重要である。

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

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ある。

【特定健康診査】

事業名	取り組み	実施内容
健診未受診者への受診勧奨 (若年層への受診啓発)	特定健診の申し込みがない者及び40歳到達者(新規対象者)に勧奨を行う	特定健診の新規対象者となる40歳到達者には、全員に集団健診受診票を送付し受診勧奨を行った(4月)。
	集団健診未受診者への受診勧奨	集団健診終了後、集団健診申し込み者のうち未受診の者及び人間ドックの申し込みなしの者に対して、個別特定健診の案内を送付し受診勧奨を行った(6月)。
	新規加入者への受診勧奨	退職等で社会保険から国保へ変更となった者に対して、加入手続きの際に特定健診啓発チラシを配布、また受診券が発行された転入者等には、受診勧奨の案内の送付を行った(随時)。
	スマホ de ドック (若年者健康増進事業血液検査)	メタボ予防健診または特定健診の受診がない40歳前後の者に対して、利用案内を通知。Webサービスから申し込みを行い、郵送された自己採血キットで血液を採取し検査機関に郵送する。健診受診への動機付けとして実施。利用者へは翌年度に健診受診勧奨を行った。
	かかりつけ医療機関での受診勧奨	かかりつけ医を通じた個別特定健診の受診勧奨。
若年層への受診啓発	メタボ予防健診の実施	20歳から39歳の被保険者及び市民に対して、若年層が健康に関心を持ち生活習慣病を予防できるよう、特定健診に準じた健康診査を集団で実施した。
	特定健康診査受診環境の整備	休日に特定健診を実施(集団健診 年に1回)。 健診会場に託児ルームを設置する日を設けて、子育て世代が安心して健診を受診できる環境を整えた。
継続受診勧奨 (継続受診のための働きかけ)	継続受診勧奨案内の送付	前年度、特定健診受診者で申し込みがなかった者に健診申し込みの案内を送付。

【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(終了)率の向上 (特定保健指導の徹底)	特定保健指導利用勧奨	【集団健診受診者】 特定保健指導対象者には結果報告会までに、「特定保健指導の案内」を送付した。 【個別健診・人間ドック】 特定保健指導対象者には「南丹市特定保健指導の案内」を送付し保健指導利用勧奨を実施した。 特定保健指導未利用者に対しては、個別通知、電話等で保健指導利用勧奨を実施した。
	夜間結果報告会	特定保健指導の対象者の利用しやすい環境づくりのため、夜間結果報告会を実施した(1日)。
特定保健指導以外の保健指導	メタボ予防健診受診者への保健指導	20歳から39歳の被保険者及び市民に対して、特定健診に準じた健康診査を実施し、特定健診に準じて保健指導を実施した。

2. 特定健康診査

健診実施方法

これまでの実施方法は以下の3通りである。

集団健診は、各がん検診と同時実施している。

①集団健診：健診会場は旧町4地区を巡回し、各がん検診と同時実施。

②個別健診：船井医師会へ委託して実施。

③人間ドック：京都府下の医療機関へ委託して実施。

【年度別の健診実施回数・実施期間】

	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
集団健診	日 数	28日間	28日間	0日間	23日間	23日間
	会場数	19会場	18会場	中止	7会場	6会場
	受診しやすい環境づくり	*休日実施1日	*休日実施1日 *託児ルーム開設(2日)	新型コロナ感染拡大防止によりがん検診のみ実施	*休日実施1日	*休日実施1日 *託児ルーム開設(4日)
個別健診	実施期間	5月～9月	5月～9月	5月～11月	5月～9月	5月～9月
	医療機関数	13カ所	14カ所	14カ所	14カ所	14カ所
人間ドック	実施期間	通年	通年	通年	5月～3月	5月～3月
	医療機関数	6カ所	7カ所	7カ所	7カ所	8カ所

集団健診は、地域の会場を旧町単位で巡回し、がん検診と同時実施することで、受診者にとって受診しやすい健診となっている。また、働き盛り・子育て世代の受診しやすい環境づくりとして、休日健診を1日実施、平成31年度からは託児ルーム付の健診会場を設けて、子育て中であっても安心して受診できる体制を整えた。

令和2年度については、新型コロナウイルス感染拡大防止対策により、集団の特定健診は中止し個別健診のみ実施。船井医師会の協力のもと、従来は5月から9月で対応いただいていたところを11月まで期間を延長して個別健診を実施した。

3. 特定保健指導

(1) 特定保健指導体制・プログラム内容

① 特定保健指導体制

<実施方法>

集団健診受診者は、結果報告会の会場を利用し特定保健指導を実施。

個別健診等受診者の特定保健指導は利用者の都合に合わせた日程を設定し、訪問もしくは自宅近くの保健福祉センター等で個別健康教育を実施。

<従事者>

保健師、管理栄養士

② 保健指導の実際

《情報提供》

- ・ 健診結果に基づき、パンフレット等を用いて対象者に合わせた保健指導を実施。
- ・ 生活習慣予防と同様、必要に応じて医療機関の受診勧奨、各種健康教室を案内。

《動機付け支援》

- ・ 面接による支援、電話、FAX、手紙等にて支援を実施。
- ・ 初回面接～6ヵ月後評価。

《積極的支援》

- ・ 面接による支援、電話、FAX、手紙等にて支援を実施。
- ・ 初回面接～6ヵ月後評価(この間2回面接を実施)。

《特定保健指導利用者共通》

- ・ モチベーション維持のため、秋と冬に支援レターを送付し、励まし支援を実施。

③ 特定保健指導利用勧奨

《集団健診受診者》

健診会場で結果報告会案内を健診受診者に配布し、さらに特定保健指導対象者には「結果報告会の案内」及び「南丹市特定保健指導の案内」を送付し保健指導利用勧奨を実施。

また、未来所者に対しては、個別通知、電話にて保健指導利用勧奨を実施。

《個別健診・人間ドック受診者》

特定保健指導対象者には「南丹市特定保健指導の案内」を送付し、適宜電話等で保健指導利用勧奨を実施。

第3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50.0%以上を達成することとしている。本市においては各年度の目標値を以下のとおり設定する。

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)	2030年度 (R12) (国基準)
特定健康診査受診率(%)	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導 実施(終了)率(%)	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	50.0%

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

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ある。

特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
特定健康診査対象者数(人)	4,199	3,943	3,687	3,459	3,262	3,109
特定健康診査受診率(%) (目標値)	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
特定健康診査受診者数(人)	1,890	1,893	1,880	1,868	1,859	1,865

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

		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
特定健康診査 対象者数(人)	40歳～64歳	1,715	1,659	1,583	1,508	1,443	1,402
	65歳～74歳	2,484	2,284	2,104	1,951	1,819	1,707
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～64歳	651	689	715	734	751	778
	65歳～74歳	1,239	1,204	1,165	1,134	1,108	1,087

(2) 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ある。

特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
特定保健指導対象者数(人)	260	257	257	257	251	253
特定保健指導実施率(%) (目標値)	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%
特定保健指導実施者数(人)	65	77	90	103	113	127

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

			2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
積極的支援	対象者数(人)	40歳～64歳	68	71	74	75	76	77
	実施者数(人)	40歳～64歳	16	22	25	30	34	40
動機付け支援	対象者数(人)	40歳～64歳	56	59	61	63	64	66
		65歳～74歳	124	121	117	114	111	110
	実施者数(人)	40歳～64歳	10	13	18	21	25	29
		65歳～74歳	36	40	45	50	54	58

3. 特定健康診査・特定保健指導の実施方法

(1) 特定健康診査

① 対象者

南丹市国民健康保険被保険者のうち、特定健診の対象者である40歳から74歳に加え、生活習慣病の中長期的な予防を目指し20歳から39歳についても特定健康診査・特定保健指導と同様の内容を実施する。また、対象者は特定健康診査の実施年度中に40歳に達し、75歳誕生日前日までの者で、なお、省令に基づき対象外に該当する次の者を除く。

- ① 妊産婦
- ② 刑事施設・労役場その他これらに準ずる施設に拘禁されている者
- ③ 国内に住所を有しない者
- ④ 病院又は診療所に6ヵ月以上継続して入院している者
- ⑤ 「高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)第55条第1項第2号から第5号までに規定する施設に入所または入居している者」
 - ・ 障がい者自立支援法に規定する障がい者支援施設に入所
 - ・ 独立行政法人国立重度知的障がい者総合施設のぞみの園法に規定する、独立行政法人国立重度知的障がい者総合施設のぞみの園の設置する施設に入所
 - ・ 老人福祉法に規定する養護老人ホーム又は特別養護老人ホームに入所
 - ・ 介護保険法に規定する特定施設に入居又は介護保険施設に入所

② 実施形態及び実施場所

- 集団健診 : 各保健福祉センター及び公共施設
個別健診 : 船井医師会協力医療機関
人間ドック : 市内及び近隣の協力医療機関

③実施項目

国が定める対象者全員に実施する「基本的な健診項目」と、医師が必要と判断した場合に実施する「詳細な健診項目」に基づき実施する。なお、疾病予防・早期発見のため、追加項目に関しては南丹市独自で実施し、20歳から39歳の受診者については、基本的な健康診査の項目(心電図及び眼底は含まない)を実施する。

■基本的な健診項目(必須項目)

質問項目	標準的な質問項目
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲(内臓脂肪面積)
理学的所見	身体診察
血圧測定	血圧
肝機能検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP)
脂質検査	空腹時中性脂肪(やむを得ない場合には随時中性脂肪)
	HDLコレステロール
	LDLコレステロールまたはNon-HDLコレステロール
血糖検査	空腹時血糖またはHbA1c、やむを得ない場合には随時血糖
尿検査	尿糖、尿蛋白

■詳細な健診項目(医師の判断による追加項目)

追加項目	実施できる条件(基準)				
貧血検査 (ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定)	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者				
心電図 (12誘導心電図)	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上 若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者又は問診等で不整脈が疑われる者				
眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が次の基準に該当した者				
	<table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上 又は随時血糖値が126mg/dl以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上 又は随時血糖値が126mg/dl以上
	血圧	収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg 以上			
血糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上 又は随時血糖値が126mg/dl以上				
ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果の確認ができない場合、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。					
血清クレアチニン検査 (e-GFRによる腎機能の評価を含む)	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者				
	<table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上 又は随時血糖値が100mg/dl以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg 以上	血糖	空腹時血糖が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上 又は随時血糖値が100mg/dl以上
	血圧	収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg 以上			
血糖	空腹時血糖が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上 又は随時血糖値が100mg/dl以上				

※心電図検査は、基準に基づき医師が必要と認める者であって特定健康診査当日に心電図検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施したこととする。

※眼底検査は、基準に基づき医師が必要と認める者であって特定健康診査当日から1ヶ月以内に眼底検査を実施した場合、詳細な健診項目として実施したこととする。

■追加項目(本市国保独自で実施する項目)

血糖検査	HbA1c
腎機能検査	血清クレアチニン検査(e-GFRによる腎機能の評価を含む)
貧血検査	ヘマトクリット値、血色素量(ヘモグロビン値)、赤血球数
血液検査	血清アルブミン、尿酸
心電図	

④実施期間

集団健診 : 4月～5月

個別健診 : 5月～9月

人間ドック: 5月～翌年3月

※状況に応じて実施時期を変更する

⑤案内方法

対象者に市民健診申し込み書を送付する。また、広報やホームページで周知を図る。

(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、対象者を抽出する。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する。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する。

◇特定保健指導の対象者の選定基準

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

(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、動機付け支援のみを行っている。

②実施形態及び実施場所

対象者が利用しやすいように、利用者の都合に応じた日程や自宅近くの保健福祉センター等で実施する個別健康教育を行う。また、集団健康教室等も活用して実施する。

③実施内容

特定健診の結果、「動機付け支援」及び「積極的支援」の対象となった者に対して実施する。特定保健指導は国の定める実施基準に基づき、医師、保健師、管理栄養士又は食生活の改善指導もしくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められるものが行う。

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・延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ヵ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、具体的に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ヵ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ヵ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ヵ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。 アウトカム評価 <table border="1" data-bbox="257 1093 1311 1379"> <tr> <td>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> プロセス評価 <table border="1" data-bbox="257 1437 1311 1580"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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) ・ 健診後早期の保健指導実施を評価 </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"> ・ 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) ・ 健診後早期の保健指導実施を評価
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"> ・ 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) ・ 健診後早期の保健指導実施を評価 						

④実施時期

年間を通じて実施する。

⑤案内方法

特定健康診査の結果、特定保健指導に該当した対象者に特定保健指導の案内を送付し、受診勧奨を実施する。

(2) 目標達成に向けての取り組み

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ある。

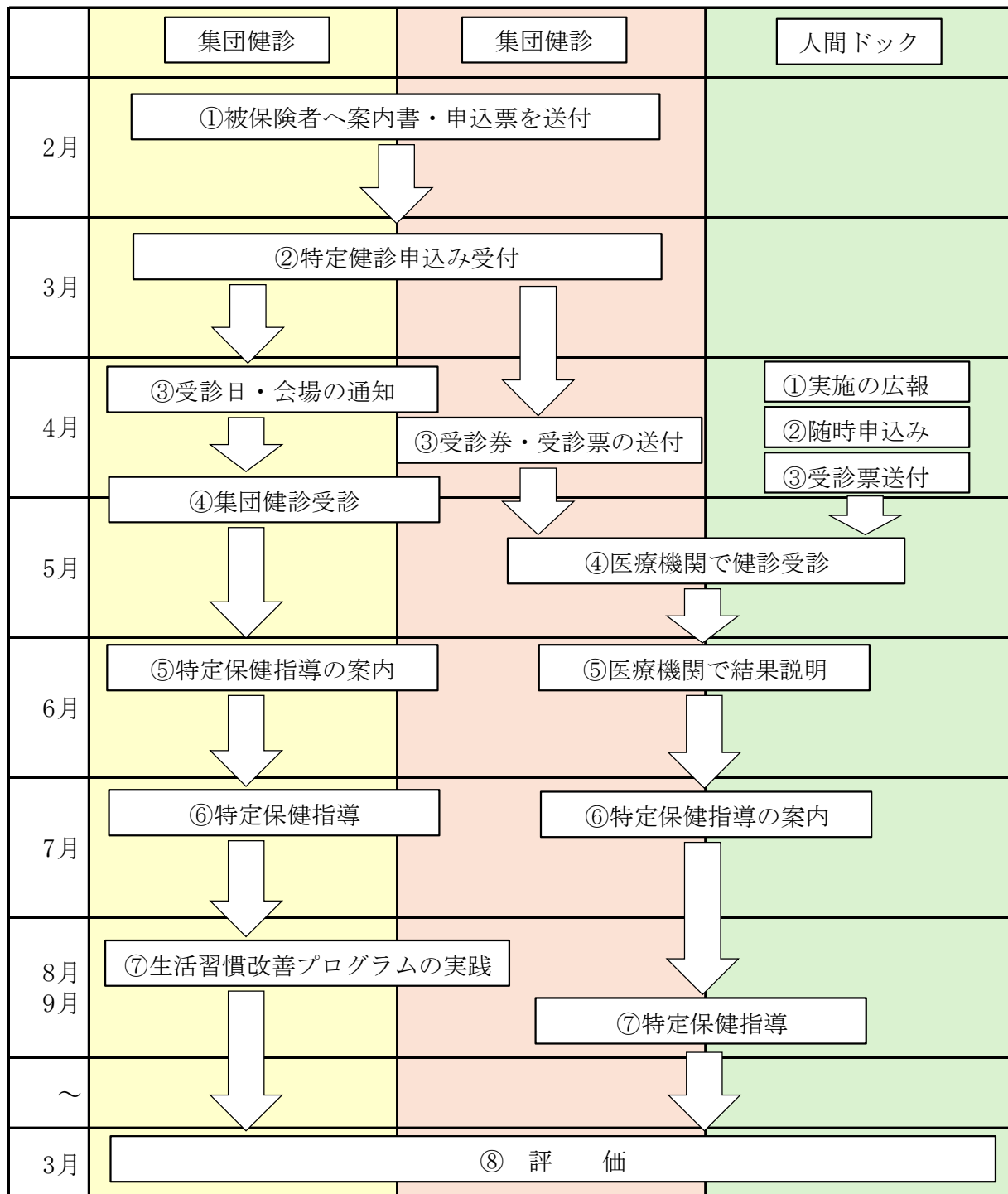
【特定健康診査】

事業分類	取り組み
特定健診受診勧奨	特定健診の申し込みがない者及び40歳到達者(新規対象者)に勧奨を行う
	集団健診未受診者への受診勧奨
	新規加入者への受診勧奨
	スマホドック(若年者健康増進事業血液検査)
	かかりつけ医療機関での受診勧奨
	ICTを活用した申し込み利用促進
	健幸ポイント事業(インセンティブ)を活用した、受診勧奨(広報啓発)
	ICTの活用した広報啓発の促進
特定健康診査 受診環境の維持	託児ルームを設置した健診会場の設定
	休日に特定健診を実施
継続受診勧奨 (継続受診のための 働きかけ)	継続受診勧奨案内の送付

【特定保健指導】

事業分類	取り組み
特定保健指導実施 (終了)率の向上 (特定保健指導の徹底)	保健指導方法の検討
	保健指導利用勧奨(集団・個別健診、短期人間ドック)
	ICTを活用した保健指導利用勧奨の実施
利用しやすい特定保健指導 の検討	保健指導実施内容の見直し
	夜間結果報告会の実施

4. 実施スケジュール



5. 第4期特定健康診査等実施計画における特定健康診査・特定保健指導の変更点

前計画と比較し、第4期特定健康診査等実施計画における変更点は以下の通りである。

(1) 特定健康診査の変更点

① 基本的な健診の項目

- ・血中脂質検査における中性脂肪において、やむを得ず空腹時以外で中性脂肪を測定する場合は、食直後を除き随時中性脂肪による血中脂質検査を可とする。

② 標準的な質問票

- ・喫煙や飲酒に係る質問項目については、より正確にリスクを把握できるように詳細な選択肢へ修正する。
- ・特定保健指導の受診歴を確認する質問項目に修正する。

(2) 特定保健指導の変更点

① 評価体系の見直し

- ・特定保健指導の実績評価にアウトカム評価を導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、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)や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定する。
- ・プロセス評価は介入方法により個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール等とし、時間に比例したポイント設定ではなく、介入1回ごとの評価とする。支援Aと支援Bの区別は廃止する。またICTを活用した場合も同水準の評価とする。
- ・特定健康診査実施後の特定保健指導の早期実施を新たに評価する。
- ・第3期特定健康診査等実施計画で記載した積極的支援対象者に対する一定の要件を満たせば、特定保健指導を実施したこととみなす特定保健指導のモデル実施は廃止とする。

② 特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和

- ・特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとする。

③ 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方

- ・特定健康診査実施後又は特定保健指導開始後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導の対象者として、分母に含めないことを可能とする。

④ 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外

- ・服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認の手順等をあらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても、対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとする。

⑤ その他の運用の改善

- ・看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長することとする。

1. 個人情報の取扱い

(1) 個人情報保護関係規定の遵守

個人情報の保護に関する法律及び同法に基づくガイドライン等に準じて、厳格な運用管理を行う。
また、外部委託を行う場合は個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理する。

(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する。

(3) 守秘義務規定

- ・国民健康保険法(平成20年4月1日施行分)

【第120条の2】

保険者の役員もしくは職員又はこれらの職にあった者が、正当な理由なしに、国民健康保険事業に関して職務上知り得た秘密を漏らしたときは、1年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

- ・高齢者の医療の確保に関する法律(平成20年4月1日施行分)

【第30条】

第28条の規定により保険者から特定健康診査等の実施の委託を受けた者(その者が法人である場合にあつては、その役員)もしくはその職員又はこれらの者であった者は、その実施に関して知り得た秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない。

【第167条】

第30条の規定に違反して秘密を漏らした者は、1年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

2. データヘルス計画・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・啓発を図る。また、目標の達成状況等の公表に努め、本計画の円滑な実施等について広く意見を求めるものとする。また計画の見直しを行ったときは、その都度、市ホームページ上で公表する。

特定健康診査等の趣旨の普及啓発等は、適宜、市広報紙及びホームページに掲載する。

3. データヘルス計画・特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

(1) データヘルス計画・個別の保健事業の評価・見直し

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う。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、他保険者との連携・協力体制の整備に努める。

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する。

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て、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させる。

(2) 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

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減少率等について、客観的に評価を行う。

実施計画をより実効性の高いものとするには、点検・評価だけで終わるのではなく、点検・評価結果を活用し、必要に応じて計画の内容を実態に即したものに見直すこととする。

(3) 評価及び見直しのスケジュール

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、次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う。

卷末資料

1. 用語解説集

	用語	説明
か行	眼底検査	目の奥の状態を調べる検査。通常眼底写真にて検査する。 動脈硬化の程度、高血圧、糖尿病による眼の合併症や緑内障・白内障の有無などを調べるもの。
	クレアチニン	アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝されたあとの老廃物。腎臓でろ過されて尿中に排泄される。 血清クレアチニンの値が高いと、老廃物の排泄機能としての腎臓の機能が低下していることを意味する。
	血圧(収縮期・拡張期)	血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。
	血糖	血液内のブドウ糖の濃度。 食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。
	健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施するもの。
さ行	ジェネリック医薬品	後発医薬品のこと。先発医薬品と治療的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安い医薬品。
	疾病分類	「疾病、傷害及び死因の統計分類」の「ICD-10(2013年版)準拠 疾病分類表」を使用。
	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり機械で老廃物を取り除くこと。1回につき4～5時間かかる治療を週3回程度、ずっと受け続ける必要があり、身体的にも時間的にも、大きな負担がかかる。
	心電図	心臓の筋肉に流れる電流を体表面から記録する検査。電流の流れ具合に異常がないかわかる。 また1分間に電気が発生する回数である心拍数も測定される。
	生活習慣病	食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。
	積極的支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクがより高い者に対して行われる保健指導。「動機付け支援」の内容に加え、対象者が主体的に生活習慣の改善を継続できるよう、面接、電話等を用いて、3カ月以上の定期的・継続的な支援を行う。
た行	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	動機付け支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高い者に対して行われる保健指導。医師・保健師・管理栄養士等による個別、またはグループ面接により、対象者に合わせた行動計画の策定と保健指導が行われる。初回の保健指導修了後、対象者は行動計画を実践し、3カ月経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行う。
	特定健康診査	平成20年4月から開始された、生活習慣病予防のためのメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。特定健診。40歳～74歳の医療保険加入者を対象とする。
	特定保健指導	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う保健指導のこと。特定保健指導対象者の選定方法により「動機付け支援」「積極的支援」に該当した人に対し実施される。
な行	尿酸	食べ物に含まれるプリン体という物質が肝臓で分解されてできる、体には必要のない老廃物。主に腎臓からの尿に交じって体外に排出される。
は行	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以上の場合に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。

用語		説明
	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標のひとつ。
	フレイル	フレイルとは、健康な状態と要介護状態の中間の段階をさす。年齢を重ねていくと、心身や社会性などの面でダメージを受けたときに回復できる力が低下し、これによって健康に過ごせていた状態から、生活を送るために支援を受けなければならない要介護状態に変化していく。
ま行	メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患を招きやすい状態。内臓脂肪型肥満(内臓肥満・腹部肥満)に加えて、血圧・血糖・脂質の基準のうち2つ以上に該当する状態を「メタボリックシンドローム」、1つのみ該当する状態を「メタボリックシンドローム予備群」という。
や行	有所見	検査の結果、何らかの異常(検査基準値を上回っている等)が認められたことをいう。
ら行	レセプト	診療報酬明細書の通称。
A～Z	AST/ALT	AST(GOTともいう)は、心臓、筋肉、肝臓に多く存在する酵素である。ALT(GPTともいう)は、肝臓に多く存在する酵素である。数値が高い場合は急性肝炎、慢性肝炎、脂肪肝、肝臓がん、アルコール性肝炎などが疑われる。
	BMI	[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で算出される値で、Body Mass Indexの略。肥満や低体重(やせ)の判定に用いる体格指数のこと。
	eGFR	腎臓機能を示す指標で、クレアチニン値を性別、年齢で補正して算出する。腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値。数値が低いと腎臓の機能が低下していることを意味する。
	HbA1c	ブドウ糖と血液中のヘモグロビンが結びついたもので、過去1から2カ月の平均的な血糖の状態を示す検査に使用される。
	HDLコレステロール	余分なコレステロールを回収して肝臓に運び、動脈硬化を抑える。善玉コレステロール。
	ICT	Information and Communications Technology(インフォメーションアンドコミュニケーションテクノロジー/情報通信技術)の略。コンピュータやデータ通信に関する技術をまとめた呼び方。特定保健指導においてもその活用が推進されており、代表的なツールとしては、Web会議システムやスマートフォンアプリ、Webアプリ等が挙げられる。
	KDB	「国保データベース(KDB)システム」とは、国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、健診・保健指導、医療、介護の各種データを併せて分析できるシステムのこと。
	LDLコレステロール	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。悪玉コレステロール。
	Non-HDLコレステロール	総コレステロールからHDLコレステロールを減じたもの。数値が高いと、動脈硬化、脂質代謝異常、甲状腺機能低下症、家族性高脂血症などが疑われる。低い場合は、栄養吸収障害、低βリポたんぱく血症、肝硬変などが疑われる。

2. 疾病分類

疾病分類表(2013年版)

コード	疾病分類	主な疾病		
I. 感染症及び寄生虫症				
0101	腸管感染症	下痢症	急性胃腸炎	感染性胃腸炎
0102	結核	肺結核	結核性胸膜炎	潜在性結核感染症
0103	主として性的伝播様式をとる感染症	梅毒	クラミジア頸管炎	淋病
0104	皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス性疾患	尋常性疣贅	帯状疱疹	単純ヘルペス
0105	ウイルス性肝炎	B型肝炎	C型肝炎	C型慢性肝炎
0106	その他のウイルス性疾患	アデノウイルス感染症	流行性角結膜炎	RSウイルス感染症
0107	真菌症	足白癬	皮膚カンジダ症	爪白癬
0108	感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	陳旧性肺結核	肺結核後遺症	小児麻痺後遺症
0109	その他の感染症及び寄生虫症	ヘリコバクター・ピロリ感染症	溶連菌感染症	敗血症
II. 新生物<腫瘍>				
0201	胃の悪性新生物<腫瘍>	胃癌	早期胃癌	胃体部癌
0202	結腸の悪性新生物<腫瘍>	大腸癌	S状結腸癌	上行結腸癌
0203	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	直腸癌	直腸S状部結腸癌	直腸癌術後再発
0204	肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>	肝癌	肝細胞癌	原発性肝癌
0205	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	肺癌	上葉肺癌	下葉肺癌
0206	乳房の悪性新生物<腫瘍>	乳癌	乳房上外側部乳癌	乳癌再発
0207	子宮の悪性新生物<腫瘍>	子宮体癌	子宮頸癌	子宮癌
0208	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	非ホジキンリンパ腫	びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫
0209	白血病	成人T細胞白血病リンパ腫	白血病	慢性骨髄性白血病
0210	その他の悪性新生物<腫瘍>	前立腺癌	睪癌	膀胱癌
0211	良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	子宮筋腫	脳腫瘍	肺腫瘍
III. 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害				
0301	貧血	鉄欠乏性貧血	貧血	巨赤芽球形貧血
0302	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	播種性血管内凝固	血液凝固異常	血小板減少症
IV. 内分泌、栄養及び代謝疾患				
0401	甲状腺障害	甲状腺機能低下症	甲状腺機能亢進症	甲状腺腫
0402	糖尿病	糖尿病	2型糖尿病	糖尿病網膜症
0403	脂質異常症	高脂血症	高コレステロール血症	脂質異常症
0404	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	脱水症	高尿酸血症	卵巣機能不全
V. 精神及び行動の障害				
0501	血管性及び詳細不明の認知症	認知症	血管性認知症	老年精神病
0502	精神作用物質使用による精神及び行動の障害	ニコチン依存症	アルコール依存症	急性アルコール中毒
0503	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	統合失調症	統合失調症様状態	幻覚妄想状態
0504	気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	うつ病	うつ状態	躁うつ病
0505	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	不安神経症	神経症	心身症
0506	知的障害<精神遅滞>	知的障害	軽度知的障害	重度知的障害
0507	その他の精神及び行動の障害	摂食障害	器質性精神障害	せん妄

コード	疾病分類	主な疾病		
VI. 神経系の疾患				
0601	パーキンソン病	パーキンソン症候群	パーキンソン病	パーキンソン病Yahr 3
0602	アルツハイマー病	アルツハイマー型認知症	アルツハイマー病	アルツハイマー型老年認知症
0603	てんかん	てんかん	症候性てんかん	精神運動発作
0604	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	片麻痺	脳性麻痺	不全麻痺
0605	自律神経系の障害	自律神経失調症	神経調節性失神	自律神経障害
0606	その他の神経系の疾患	不眠症	片頭痛	睡眠時無呼吸症候群
VII. 眼及び付属器の疾患				
0701	結膜炎	アレルギー性結膜炎	結膜炎	慢性結膜炎
0702	白内障	白内障	加齢性白内障	後発白内障
0703	屈折及び調節の障害	近視性乱視	遠視性乱視	老視
0704	その他の眼及び付属器の疾患	ドライアイ	緑内障	眼精疲労
VIII. 耳及び乳様突起の疾患				
0801	外耳炎	外耳炎	外耳湿疹	急性外耳炎
0802	その他の外耳疾患	耳垢栓塞	耳介軟骨膜炎	耳瘻孔
0803	中耳炎	滲出性中耳炎	急性中耳炎	中耳炎
0804	その他の中耳及び乳様突起の疾患	耳管狭窄症	耳管機能低下	真珠腫性中耳炎
0805	メニエール病	メニエール病	メニエール症候群	内耳性めまい
0806	その他の内耳疾患	良性発作性頭位めまい症	末梢性めまい症	耳性めまい
0807	その他の耳疾患	感音難聴	難聴	耳鳴症
IX. 循環器系の疾患				
0901	高血圧性疾患	高血圧症	本態性高血圧症	高血圧性心疾患
0902	虚血性心疾患	狭心症	急性心筋梗塞	心筋梗塞
0903	その他の心疾患	心不全	不整脈	慢性心不全
0904	くも膜下出血	くも膜下出血	くも膜下出血後遺症	脳動脈瘤破裂
0905	脳内出血	脳出血	脳出血後遺症	視床出血
0906	脳梗塞	脳梗塞	脳梗塞後遺症	多発性脳梗塞
0907	脳動脈硬化（症）	脳動脈硬化症	動脈硬化性脳症	
0908	その他の脳血管疾患	内頸動脈狭窄症	頸動脈硬化症	脳血管障害
0909	動脈硬化（症）	閉塞性動脈硬化症	動脈硬化症	動脈硬化性網膜症
0911	低血圧（症）	起立性低血圧症	低血圧症	起立性調節障害
0912	その他の循環器系の疾患	深部静脈血栓症	末梢循環障害	慢性動脈閉塞症
X. 呼吸器系の疾患				
1001	急性鼻咽頭炎 [かぜ] <感冒>	感冒	急性鼻炎	急性鼻咽頭炎
1002	急性咽頭炎及び急性扁桃炎	咽頭炎	急性咽頭炎	扁桃炎
1003	その他の急性上気道感染症	急性上気道炎	急性咽頭喉頭炎	急性副鼻腔炎
1004	肺炎	肺炎	急性肺炎	マイコプラズマ肺炎
1005	急性気管支炎及び急性細気管支炎	急性気管支炎	マイコプラズマ気管支炎	クループ性気管支炎

コード	疾病分類	主な疾病		
1006	アレルギー性鼻炎	アレルギー性鼻炎	花粉症	季節性アレルギー性鼻炎
1007	慢性副鼻腔炎	慢性副鼻腔炎	副鼻腔炎	慢性副鼻腔炎急性増悪
1008	急性又は慢性と明示されない気管支炎	気管支炎	気管気管支炎	びまん性気管支炎
1009	慢性閉塞性肺疾患	慢性気管支炎	肺気腫	慢性閉塞性肺疾患
1010	喘息	気管支喘息	喘息性気管支炎	気管支喘息発作
1011	その他の呼吸器系の疾患	インフルエンザ	呼吸不全	誤嚥性肺炎
X I . 消化器系の疾患				
1101	う蝕	う蝕	二次う蝕	う蝕第2度
1102	歯肉炎及び歯周疾患	歯周炎	歯肉炎	歯冠周囲炎
1103	その他の歯及び歯の支持組織の障害	顎関節症	歯痛	顎関節炎
1104	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	胃潰瘍	十二指腸潰瘍	出血性胃潰瘍
1105	胃炎及び十二指腸炎	慢性胃炎	胃炎	急性胃炎
1106	痔核	内痔核	痔核	外痔核
1107	アルコール性肝疾患	アルコール性肝障害	アルコール性肝炎	アルコール性肝硬変
1108	慢性肝炎（アルコール性のものを除く）	慢性肝炎	活動性慢性肝炎	慢性肝炎増悪
1109	肝硬変（アルコール性のものを除く）	肝硬変症	原発性胆汁性肝硬変	非代償性肝硬変
1110	その他の肝疾患	肝機能障害	脂肪肝	肝障害
1111	胆石症及び胆のう炎	胆のう結石症	胆のう炎	総胆管結石
1112	膵疾患	膵炎	急性膵炎	慢性膵炎
1113	その他の消化器系の疾患	便秘症	逆流性食道炎	口内炎
X II . 皮膚及び皮下組織の疾患				
1201	皮膚及び皮下組織の感染症	皮膚感染症	蜂窩織炎	膿痂疹性湿疹
1202	皮膚炎及び湿疹	湿疹	皮膚炎	アトピー性皮膚炎
1203	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	皮脂欠乏症	皮脂欠乏性湿疹	じんま疹
X III . 筋骨格系及び結合組織の疾患				
1301	炎症性多発性関節障害	関節リウマチ	痛風	関節炎
1302	関節症	変形性膝関節症	変形性関節症	変形性股関節症
1303	脊椎障害（脊椎症を含む）	腰部脊柱管狭窄症	変形性腰椎症	頸椎症
1304	椎間板障害	腰椎椎間板症	腰椎椎間板ヘルニア	頸椎椎間板ヘルニア
1305	頸腕症候群	頸肩腕症候群	頸肩腕障害	
1306	腰痛症及び坐骨神経痛	腰痛症	坐骨神経痛	筋筋膜性腰痛症
1307	その他の脊柱障害	腰椎すべり症	背部痛	頸部痛
1308	肩の傷害<損傷>	肩関節周囲炎	肩関節腱板炎	肩石灰性腱炎
1309	骨の密度及び構造の障害	骨粗鬆症	閉経後骨粗鬆症	脊椎骨粗鬆症
1310	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	筋肉痛	神経痛	関節痛
X IV . 腎尿路生殖器系の疾患				
1401	糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患	腎炎	腎盂腎炎	水腎症
1402	腎不全	慢性腎不全	腎性貧血	腎不全

コード	疾病分類	主な疾病		
1403	尿路結石症	腎結石症	尿管結石症	尿路結石症
1404	その他の腎尿路系の疾患	膀胱炎	腎機能低下	尿路感染症
1405	前立腺肥大（症）	前立腺肥大症	前立腺症	
1406	その他の男性生殖器の疾患	慢性前立腺炎	前立腺炎	亀頭包皮炎
1407	月経障害及び閉経周辺期障害	更年期症候群	月経困難症	萎縮性膣炎
1408	乳房及びその他の女性生殖器の疾患	子宮腔部びらん	細菌性膣炎	膣炎
X V. 妊娠、分娩及び産じょく				
1501	流産	稽留流産	異所性妊娠	絨毛性疾患
1502	妊娠高血圧症候群	妊娠高血圧症候群	重症妊娠高血圧症候群	子癇
1503	単胎自然分娩	自然頭位分娩	自然分娩	単胎自然分娩
1504	その他の妊娠、分娩及び産じょく	切迫流産	子宮内感染症	血液型不適合
X VI. 周産期に発生した病態				
1601	妊娠及び胎児発育に関連する障害	子宮内胎児発育遅延	低出生体重児	早産児
1602	その他の周産期に発生した病態	新生児黄疸	胎児ジストレス	A B O 因子不適合
X VII. 先天奇形、変形及び染色体異常				
1701	心臓の先天奇形	心房中隔欠損症	心室中隔欠損症	先天性心疾患
1702	その他の先天奇形、変形及び染色体異常	足底角化症	角皮症	毛孔性苔癬
X VIII. 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの				
1800	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	頭痛	嘔吐症	めまい症
X IX. 損傷、中毒及びその他の外因の影響				
1901	骨折	腰椎圧迫骨折	肋骨骨折	大腿骨頸部骨折
1902	頭蓋内損傷及び内臓の損傷	脳挫傷	外傷性脳出血	硬膜下血腫
1903	熱傷及び腐食	熱傷	第2度熱傷	手熱傷
1904	中毒	刺虫症	蜂刺症	食中毒
1905	その他の損傷及びその他の外因の影響	打撲傷	結膜異物	捻挫
X X I. 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用				
2101	検査及び診査のための保健サービスの利用者	検診	健康診断	胃癌検診
2102	予防接種	予防接種		
2103	正常妊娠及び産じょくの管理並びに家族計画	妊娠	正常妊娠	多産婦
2104	歯の補てつ			
2105	特定の処置（歯の補てつを除く）及び保健ケアのための保健サービスの利用者	抜釘	気管切開口に対する手当て	骨髄移植ドナー
2106	その他の理由による保健サービスの利用者	白内障術後	ペースメーカー植え込み後	人工股関節置換術後
X X II. 特殊目的用コード				
2210	重症急性呼吸器症候群 [SARS]	重症急性呼吸器症候群		
2220	その他の特殊目的用コード			
分類外				
9999	分類外	ICD-10及び疾病分類に該当のない疾病		

南丹市国民健康保険
第3期国民健康保険保健事業実施計画
(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
南丹市市民部市民課
南丹市福祉保健部保健医療課

京都府南丹市園部町小桜町47番地
電話 (0771) 68-0011 (市民課)
電話 (0771) 68-0016 (保健医療課)