

勝山市国民健康保険
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年度～令和11年度

(2024～2029年度)



勝山市

令和6年3月

目次

第1章 基本的事項	1
1. 計画の趣旨	1
2. 計画期間	2
3. 実施体制・関係者連携等	2
第2章 現状の整理	4
1. 勝山市の特性	4
2. 第2期データヘルス計画等に係る考察	5
第3章 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出	9
1. 平均寿命・標準化死亡比	9
2. 医療費の分析	10
3. 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ（質問票を含む）の分析	21
4. 介護費関係の分析	28
5. レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	28
6. 健康・医療情報等の分析結果の要約	29
第4章 データヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標、目標を達成するための戦略	30
1. データヘルス計画の目的	30
2. 健康課題と目標	30
3. 評価指標と目標値	30
第5章 健康課題を解決するための個別の保健事業	31
（1）生活習慣病及び重症化予防を図るための事業	
1. 特定健診未受診者対策事業	32
2. 特定保健指導事業	33
3. 生活習慣病重症化予防事業	34
4. 国保30代健診事業	35
（2）脳卒中予防及び医療費適正化、適正受診を図るための事業	
1. 健康ポイント事業	36
2. 後発医薬品使用促進事業	37
3. 適正受診・適正服薬促進事業	37
第6章 個別の保健事業及びデータヘルス計画（保健事業全体）の評価・見直し	38
第7章 計画の公表・周知	38
第8章 個人情報の取扱い	38
第9章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項	38
第10章 第4期勝山市特定健康診査等実施計画	39

第1章 基本的事項

1. 計画の趣旨

国民健康保険（以下「国保」という。）における健康づくりの取組、すなわち保健事業は、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条において、「保険者は、特定健康診査等を行うものとするほか、これらの事業以外の事業であって、健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。」と規定されています。

国保における保健事業の推進のため、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の分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための計画として「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。」とされました。

また、平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針において、市町村国保及び国民健康保険組合は、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（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとししました。

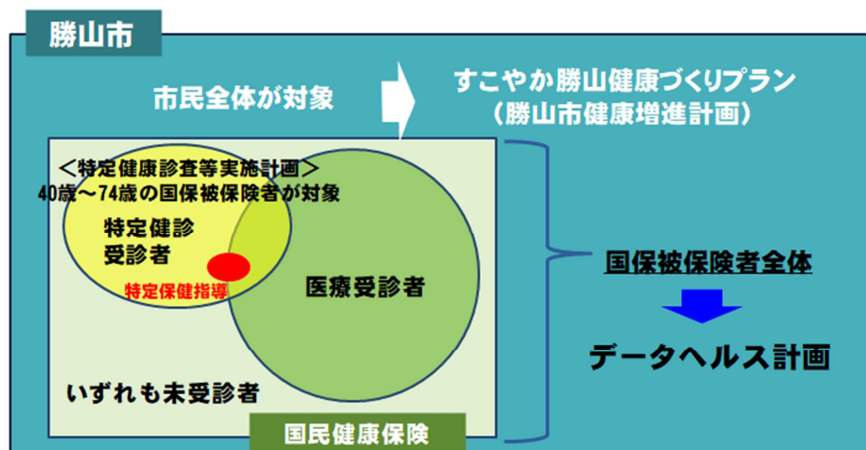
その後、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられました。

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たことから、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組みや評価指標を決定し、推進していきます。

勝山市においても、第2期計画の結果・評価と国等が示す方針に基づき、被保険者の健康増進、健康寿命の延伸を図り、保険財政の健全化を目指すため、第3期データヘルス計画を策定します。計画の策定にあたっては、市民全体を対象とした「すこやか勝山健康づくりプラン（勝山市健康増進計画）」や40～74歳の国保被保険者を対象とした「第4期勝山市特定健康診査等実施計画」との整合性を図っていきます。

なお、「特定健康診査等実施計画」は、保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであり、データヘルス計画と一体的な計画とします。

【データヘルス計画と他計画の関係図】



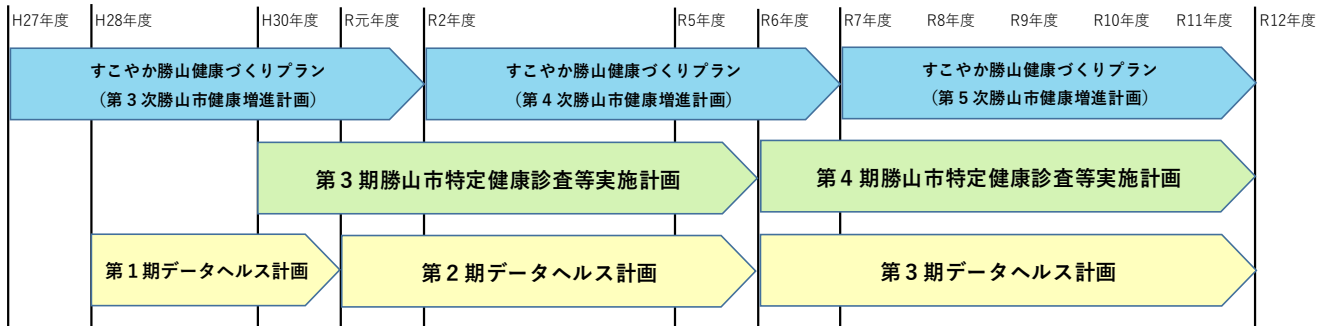
※用語解説は巻末45・46ページに掲載

※構成比は小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100%とならない場合があります。

2. 計画期間

計画期間については、すこやか勝山健康づくりプラン（第5次勝山市健康増進計画）及び第4期特定健康診査等実施計画の計画期間の最終年度を令和11年度としているので、これらとの整合性を図るため、令和6年度から11年度までの6年間を計画期間とします。

【データヘルス計画等の計画期間】



3. 実施体制・関係者連携

(1) 実施体制

国保部局及び保健衛生部局が一体となって計画の策定を行います。

事業実施に当たっては、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、進捗管理に努めます。

(2) 関係機関等の参画と役割

計画の実行性を高めるために、計画の策定時から、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会等外部有識者を含む勝山市国民健康保険運営協議会からの意見聴取や、共同保険者である福井県のほか、国保連合会や国保連合会に設置されている保健事業支援・評価委員会（以下「支援・評価委員会」という。）等と連携を図ります。

(3) 関係機関等の役割

①市町国保の役割

被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、国保部局が中心となって、関係部局や関係機関の協力を得て、保険者の健康課題を分析の上、計画を策定します。計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価を行い、必要に応じ、計画の見直しや次期計画に反映させます。

②県（国保部局）の役割

被保険者の健康保持増進のために、保険者が、効果的・効率的に保健事業を実施することができるよう、関係機関との連携調整、専門職の派遣や助言等の技術的な支援及び情報提供等を通じて、積極的に保険者を支援します。

③県（保健衛生部局）の役割

県健康づくりを担っていることを踏まえ、国保部局の求めに応じて、保健師等の専門職が技術的な支援を行います。また、県健康福祉センターが効果的・効率的に保険者支援を展開できるように、国保部局と連携しています。

④県健康福祉センターの役割

県（国保部局、保健衛生部局）や国保連合会、地域の医師会をはじめとする地域の保健医療関係者等と連携、調整して、地域の社会資源の状況等を踏まえたうえで、地域の実情に応じた保険者支援を行います。

⑤国保連合会及び支援・評価委員会の役割

国保連合会及び支援・評価委員会は、計画の策定等の一連の流れに対して、保険者を支援します。支援に当たっては、状況に応じて、単に解決策を提示するだけではなく、県の方針を踏まえたうえで計画立案の考え方や評価指標の設定の考え方などを提示するなど、保険者や地域の特性を踏まえて支援します。また、例えば、県の求めに応じ県の会議・研修会等に参画することや、県と共同で研修会や意見交換の場を開催するなど、保険者を支援する立場にある県との積極的な連携に努めます。

⑥後期高齢者医療広域連合の役割

75歳以上の健診・レセプト情報等を自らの現状分析に活用することはもとより、市町国保が地域の世代間の疾病構造や医療費等の動向を連続して把握することができるよう、市町国保と必要な情報の共有を図るよう努めます。この場合、市町国保は健康課題の明確化や保健事業の効果検証等のため、共有された情報の活用を図るよう努めます。

⑦保健医療関係者の役割

計画策定時だけではなく、保健事業の実施や評価、保健事業の業務に従事する者の人材育成等においても、保険者等の求めに応じ、保健医療に係る専門的見地から、保険者への支援等を積極的に行います。

第2章 現状の整理

1. 勝山市の特性

(1) 勝山市の年齢階級別人口

人口構成は、県や同規模市、全国と比較すると、39歳以下の割合は低く、65歳以上の割合が高くなっています。高齢化率は37.5%と高くなっています。

産業構成は、県や同規模市、全国と比較して第2次産業の割合が高く、第3次産業の割合が低くなっています。

人口構成の比較(令和4年度)

		勝山市		県		同規模市		国	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
		(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
人口構成	総人口	22,047		756,212		32,195		123,214,261	
	高齢化率(65歳以上)		37.5		30.8		36.2		28.7
	75歳以上	4,339	19.7	121,326	16.0		19.2	18,248,742	14.8
	65～74歳	3,936	17.9	111,358	14.7		17.0	17,087,063	13.9
	40～64歳	6,907	31.3	248,179	32.8		32.1	41,545,893	33.7
	39歳以下	6,865	31.1	275,349	36.4		31.7	46,332,563	37.6
産業構成 (%)	第1次産業		6.3		3.8		10.7		4.0
	第2次産業		35.7		31.3		27.3		25.0
	第3次産業		58.0		65.0		62.0		71.0

【出典】:KDB「地域の全体像の把握」

※公益社団法人 国民健康保険中央会 国保データベースシステムより出力。(データ構成は国勢調査人口等基本集計(令和2年)が反映されている。)

(2) 勝山市の被保険者数

令和元年度から令和4年度の被保険者の状況を比較すると、人口に対する国保加入率は令和3年度から減少しています。ただし、被保険者に占める65歳から74歳までの国保加入割合は増えており、高齢者の加入率が高い状況です。

国保被保険者の状況

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
人口(人)	22,777	22,421	22,018	21,698
0～6歳(人)	70	57	51	48
7～64歳(人)	1,972	1,862	1,782	1,667
65～69歳(人)	1,275	1,166	1,034	974
70～74歳(人)	1,428	1,596	1,627	1,583
被保険者数(合計)	4,745	4,681	4,494	4,272
国保加入率(全体)	20.8%	20.9%	20.4%	19.7%
国保加入率(65～74歳)	57.0%	59.0%	59.2%	59.9%

・数値は各年度末

【出典】市民課国保・年金係

国民健康保険毎月事業状況報告(事業月報)

2. 第2期データヘルス計画等に係る考察

第2期データヘルス計画では、以下の2つの目標を設定しました。また、それぞれ評価指標を設定し、目標達成のために計画に基づいて保健事業を実施しました。

第2期データヘルス計画の目標を踏まえた指標

目標1： よい生活習慣を実践する被保険者を増やす (％)

指標項目			R1	R2	R3	R4	目標値 R5	
評価指標①	特定健診受診率の向上	目標	44.0	48.0	52.0	56.0	60.0	
		実績	40.4	33.2	38.5	41.0		
評価指標②	国保加入者の がん検診受診率	肺がん検診 受診率	目標	38.6	41.4	44.2	47.0	50.0
			実績	34.2	28.9	34.9	36.3	
		大腸がん検診 受診率	目標	36.2	39.6	43.0	46.4	50.0
			実績	31.1	26.9	25.9	29.2	
評価指標③	脳梗塞の初期症状を知っている人の割合を増やす	目標	—	—	—	—	50.0	
		実績	—	—	—	—	61.6	
評価指標④	日常生活で活動量を増やすよう心がけている人の割合を増やす	目標	—	—	—	—	70.0	
		実績	—	—	—	—	56.7	
評価指標⑤	毎食野菜料理を食べていない人の割合を減らす	目標	—	—	—	—	10.0	
		実績	—	—	—	—	19.7	

※評価指標③④⑤は住民意識調査（5カ年に1回実施）のため、年度目標数値は設定しない。

目標2： 生活習慣病の重症化予防に取り組む被保険者を増やす (％)

指標項目			R1 (H30-R1)	R2 (R1-R2)	R3 (R2-R3)	R4 (R3-R4)	目標値 R5 (R4-R5)	
評価指標①	特定保健指導利用者が 特定健診の結果で 維持または改善する人の 割合を増やす	体重	目標	61.5	63.6	65.7	67.8	70.0
			実績	50.0	44.7	60.9	75.0	
		HbA1c	目標	62.1	64.0	65.9	67.8	70.0
			実績	47.1	55.3	86.4	66.7	
評価指標②	HbA1c値6.5%以上で未治療者が 医療機関を受診する割合	目標	48.6	58.9	69.2	79.5	90.0	
		実績	53.3	60.0	33.3	75.0		

(目標1) よい生活習慣を実践する被保険者を増やす

評価指標①	目標値 (R4)	直近値 (R4)	中間評価 (R2)
特定健診受診率の向上	56.0%	41.0%	33.2%

【介入策】	【実施評価】
a) 市広報やホームページを活用した周知活動 b) 受診勧奨対象者の年齢や特定健診・医療受診歴等によりグループ分けし、対象者に適した勧奨の実施 c) 受診勧奨により特定健診を受診した人を継続受診者とするために、「待たせない」「迷わせない」会場づくり	a) 健診期間中は市広報及びホームページで特定健診の日程を紹介した。 b) 健診と医療の受診歴で4パターンに分けた。圧着資材を作成し、封筒を開封する手間を省いた。 c) 受診日程を指定し、受付時間を分割することで会場の混雑の緩和を図り「待たせない」対策及び誘導員を配置し、「迷わせない」ための対策を実施した。
【結果評価：R4】	【企画評価】
達成率：73.2% → 未達成	受診率は目標値には届かなかったが、R4で過去最高値となった。
【第3期データヘルス計画の改良点】	
R5から開始した負担金の無料化を積極的に周知する。また、「待たせない」「迷わせない」ための健診会場づくり及び目に留まる指示動作の分かりやすい勧奨通知を確実に送付することで受診率の向上を図る。	

評価指標②	目標値 (R4)	直近値 (R4)	中間評価 (R2)
国保加入者のがん検診受診率	肺がん：47.0%	肺がん：36.3%	肺がん：28.9%
	大腸がん：46.4%	大腸がん：29.2%	大腸がん：26.9%

【介入策】	【実施評価】
a) 特定健診と合わせた受診勧奨 b) 医療機関と連携した受診勧奨 c) 地区組織と協力したがん検診予防の普及啓発活動と受診勧奨	a) 特定健診の案内にがん検診の受診票を同封した。また、再勧奨時に内容を紹介した。 b) かかりつけ医をもつ方へ、主治医よりがん検診を紹介してもらえるよう連携体制を整えた。 c) 保健推進員にがん検診の呼びかけやチラシの配布を依頼し、普及啓発・受診勧奨を実施した。
【結果評価：R4】	【企画評価】
達成率：肺がん 77.2% → 未達成 大腸がん 62.9% → 未達成	受診率は伸び悩んだが、引き続き、健診の受診率の回復に合わせ確実に受診勧奨を実施していく。
【第3期データヘルス計画の改良点】	
R5から開始する「がん検診の受診勧奨策等実行支援事業」を軌道に乗せ、受診勧奨方法を検討していくことで、受診率の向上を図る。	

評価指標③④⑤	目標値 (R5)	直近値 (R5)
③脳梗塞の初期症状を知っている人の割合を増やす	50.0%	61.6%
④日常生活で活動量を増やすよう心がけている人の割合を増やす	70.0%	56.7%
⑤毎食野菜料理を食べていない人の割合を減らす	10.0%	19.7%

【介入策：評価指標③】	【実施評価：評価指標③】
a) 市広報やホームページを活動した周知活動 b) 地区組織、関係団体と連携し、初期症状や初期対応についての正しい知識を幅広い年代へ普及啓発	a) 市広報やホームページで FAST を周知した。 b) 保健推進員より呼びかけやチラシの配布を依頼し、普及啓発を実施した。
【介入策：評価指標④】	【実施評価：評価指標④】
a) ポイントラリー事業や運動講座等の継続 b) 地区組織との連携により、地域での運動教室を実施し、運動意識の向上を推進 c) 働きながらでもこまめに体を動かす習慣を企業とともに推進する	a) 健康ポイント事業及び運動教室を開催した。 b) 保健推進員が中心となり、各地区で運動をテーマに健康づくり教室を開催した。 c) 健康づくりを推進するための連携協定を R5 までに 4 事業所と締結した。
【介入策：評価指標⑤】	【実施評価：評価指標⑤】
a) 健康教育の継続 b) 地区組織と連携し、地域や働き世代により食習慣の普及啓発 c) ベジファーストの推進	a) 健康ポイント事業を実施した。 b) 食生活改善推進員よりよい食習慣の普及啓発を実施した。市広報でレシピを紹介した。 c) 市広報やイベントですこやか勝山 12 ヶ条を周知した。
【結果評価】	【企画評価】
5 か年に 1 度の住民意識調査で評価 達成率：評価指標③ 100.0% → 達成 評価指標④ 81.0% → 未達成 評価指標⑤ 未達成	上記介入策を地道に継続し、評価指標③については目標が達成できたと考えられる。引き続き普及啓発に努めていく。
【第 3 期データヘルス計画の改良点】	
市広報やホームページ、健康ポイント事業での普及啓発のほか、地区組織と連携し周知していく。また、大学や企業との連携を継続する。	

(目標2) 生活習慣病の重症化予防に取り組む被保険者を増やす

評価指標①	目標値 (R4)	直近値 (R4)	中間評価 (R2)
特定保健指導利用者が特定健診の結果で維持または改善する人の割合を増やす	体重 : 67.8%	体重 : 75.0%	体重 : 44.7%
	HbA1c : 67.8%	HbA1c : 66.7%	HbA1c : 55.3%

【介入策】	【実施評価】
a) 利用勧奨案内を対象者の年代別に作成し、結果通知と合わせて送付 b) 利用者が生活習慣改善のための取り組みを継続可能とするため、保健事業と連携した保健指導の実施	a) 対象者に健診結果発送時に健康相談会の案内通知を同封した。 b) 利用券送付時に運動教室の案内を同封し、メタボ解消のきっかけづくりとした。市 youtube チャンネルで5分程度の運動動画を紹介した。
【結果評価】	【企画評価】
達成率 : 体重 : 100.0% → 達成 HbA1c : 98.4% → 概ね達成	目標達成の要因は、上記 a, b の取り組みを確実に実施したほか、コロナ禍であった R3 年度の健診受診者が母数となっており、健康づくりに関心の高い方が多かったことが影響したと考えられる。
【第3期データヘルス計画の改良点】	
特定保健指導の実施率が低迷しているため、まずは特定保健指導の実施率の向上を目指す。訪問のほか、ICT の活用等でオンラインによる面接をすき間時間に利用できるような環境を設定する。	

評価指標②	目標値 (R4)	直近値 (R4)	中間評価 (R2)
HbA1c 値 6.5%以上で未治療者が医療機関を受診する割合	79.5%	75.0%	60.0%

【介入策】	【実施評価】
a) 医療機関への受診勧奨の実施 b) 医療機関と連携し生活習慣改善に向けた指導の実施	a) 健診結果の送付時に医療機関への受診案内通知を同封した。通知は「オレンジ色の封筒を医療機関に提出してください」と記載し、指導動作を分かりやすくして、健診結果封筒にさらにオレンジ色封筒を同封することで、視覚的なインパクトが強くなるよう図った。 b) 市医師会と連携し返信のあった情報提供書をもとに保健指導を実施した。
【結果評価】	【企画評価】
達成率 : 94.3% → 概ね達成	R4 は集団健診における基準該当者が4人おり、そのうち1人は再勧奨したものの、受診に繋がらなかった。また、重症化予防事業全体では、健診実施期間の後半に対象者が増加傾向にあるため、早期の健診受診を促す。
【第3期データヘルス計画の改良点】	
引き続き、市医師会より協力が得られるよう事業説明を丁寧に行いながら、事業を実施する。また、保健指導の質を保つための人材の確保を確実に行っていく。	

第3章 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

1. 平均寿命・標準化死亡比

平均寿命は、男性で同規模市・国と比較し同程度ですが、県より短くなっています。女性は県と同程度であり、同規模市・国より長くなっています。

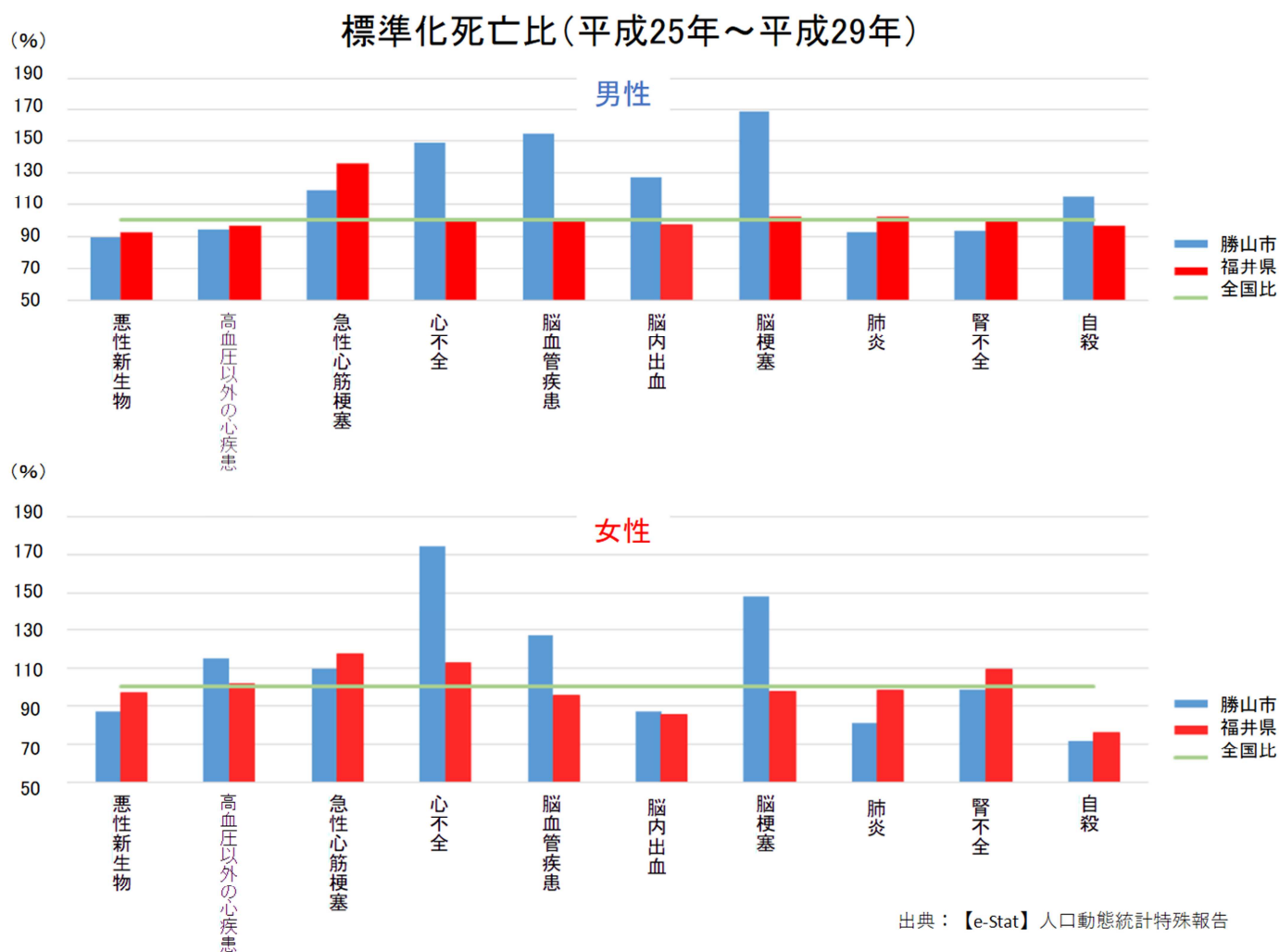
平均自立期間（要介護2以上）は、男性で同規模市と同程度ですが、県・国よりやや短くなっています。女性は県・同規模市・国よりやや短くなっています。

平均寿命と平均自立期間(令和4年度)

		勝山市	県	同規模市	国
平均寿命(歳)	男性	80.6	81.3	80.4	80.8
	女性	87.7	87.6	86.9	87.0
平均自立期間 (要介護2以上) (歳)	男性	79.6	80.2	79.7	80.1
	女性	84.1	84.3	84.3	84.4

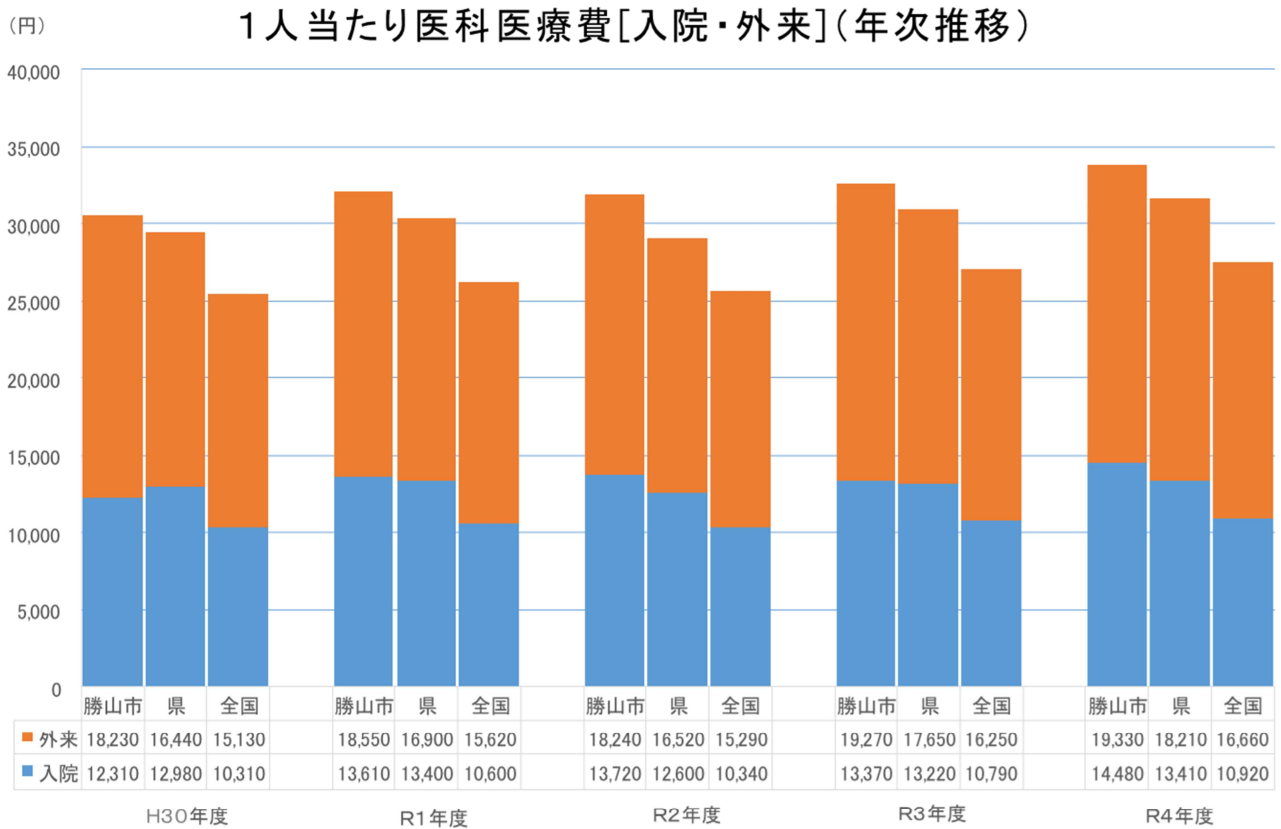
【出典】:KDB「地域の全体像の把握」

標準化死亡比は、男性で脳梗塞・脳血管疾患・心不全の順で、女性は心不全・脳梗塞・脳血管疾患の順となり、県や全国比より高くなっています。



2. 医療費の分析

一人当たり医科医療費は、入院・外来とも県や全国と比べて高くなっており、年々費用も増加しています。特に、外来医療費の額は、平成30年度が県内2位、令和元年度3位、令和2年度1位、令和3年度2位、令和4年度4位と、県内でも高くなっていきます。

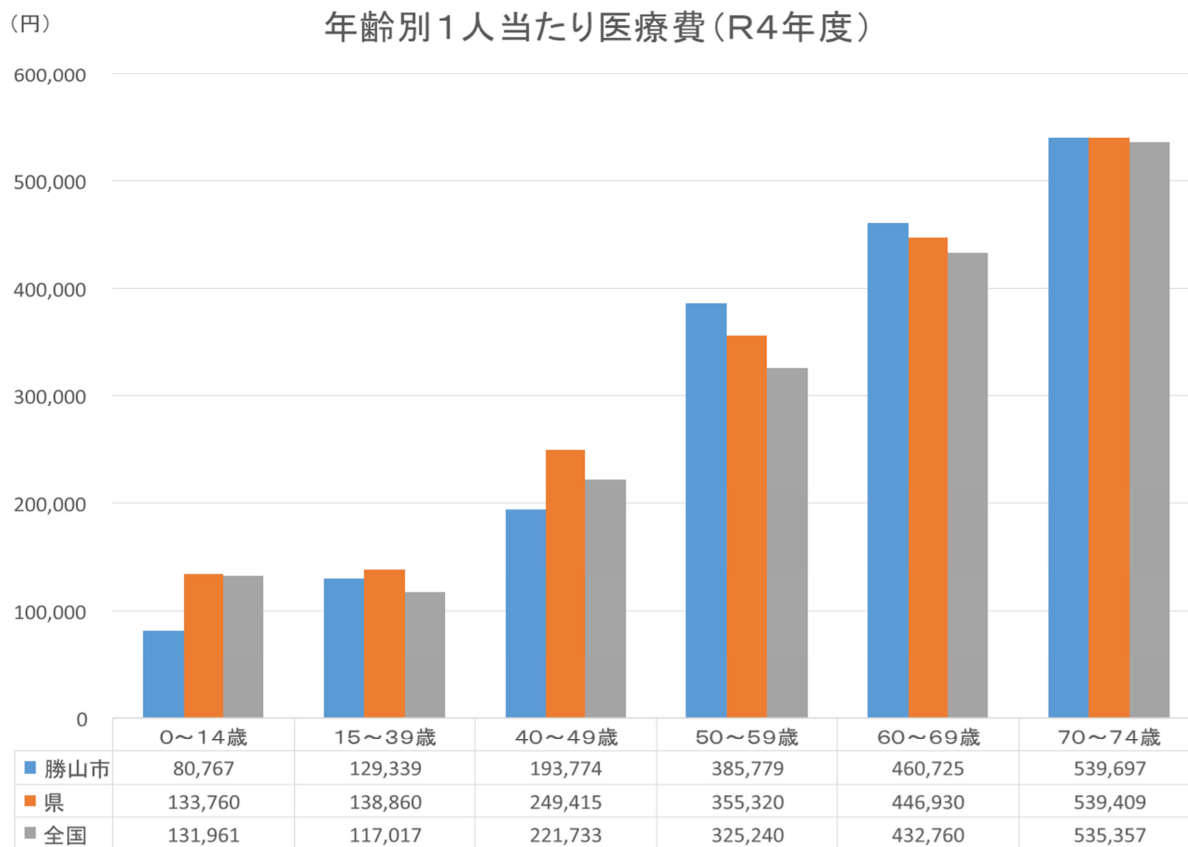


【出典】:KDB「地域の全体像の把握」

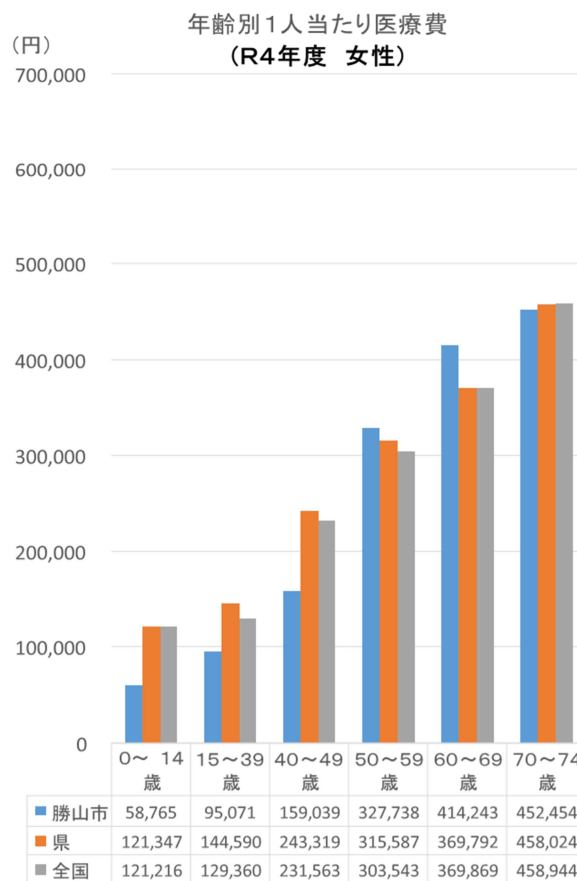
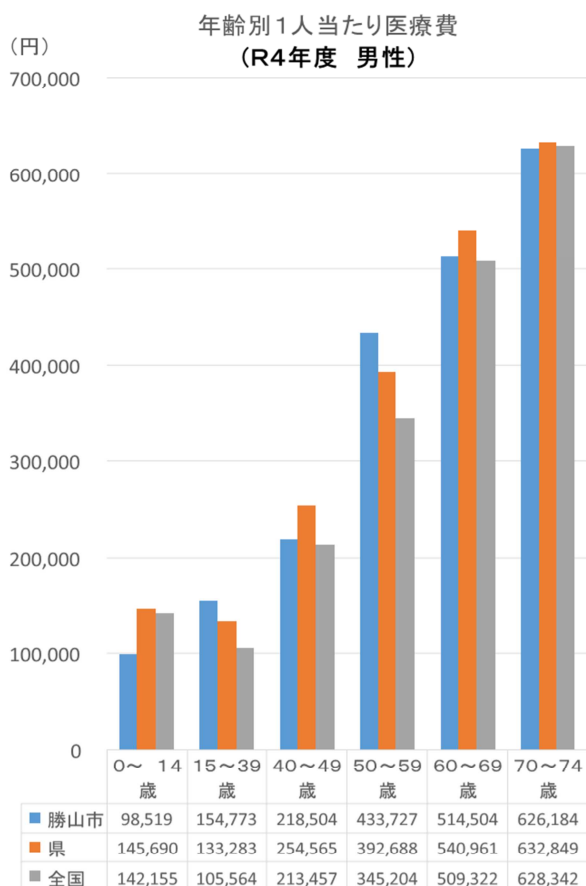
1人当たり外来医科医療費(年次推移)

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	医療費(円)	順位	医療費(円)	順位	医療費(円)	順位	医療費(円)	順位	医療費(円)	順位
勝山市	18,234	2	18,550	3	18,237	1	19,271	2	19,329	4
A市	16,602	8	17,041	11	16,607	13	17,960	12	18,586	11
B市	17,315	5	17,390	7	17,135	9	18,634	4	18,881	8
C市	15,467	16	16,039	15	15,041	16	15,693	16	16,759	15
D市	17,130	6	16,967	12	16,772	12	17,687	13	18,311	13
E市	15,571	15	15,592	16	15,326	15	16,278	15	16,536	16
F市	17,447	4	18,580	2	17,622	4	18,347	8	19,303	5
G市	16,578	9	17,255	10	16,994	10	18,385	7	18,424	12
H市	16,449	10	17,357	8	17,424	6	18,393	6	19,176	7
I町	16,017	13	17,337	9	17,963	2	19,343	1	19,920	3
J町	19,552	1	19,704	1	17,790	3	18,766	3	20,365	2
K町	15,078	17	14,667	17	13,704	17	14,969	17	16,386	17
L町	16,606	7	18,339	4	17,501	5	17,998	11	20,387	1
M町	15,948	14	16,933	13	17,192	8	18,032	10	18,626	10
N町	16,158	12	17,817	5	16,920	11	17,587	14	18,056	14
O町	17,951	3	17,663	6	17,336	7	18,534	5	18,786	9
P町	16,265	11	16,266	14	16,130	14	18,135	9	19,181	6

令和4年度の年齢別の一人当たり医療費は、年齢が高くなるほど医療費が高くなっていますが、特に50代で40代の医療費の約2倍となっています。50代以降で県や全国より高くなっています。また、年齢別の一人当たり医療費を性別で見ると、全ての年代で男性の医療費が高くなっています。



【出典】:KDB「疾病別医療費分析(大分類)CSV」



【出典】:KDB「疾病別医療費分析(大分類)CSV」

医療費全体で大きな割合を占める疾患は、入院では、新生物と循環器系となり、外来では新生物と内分泌が高くなっています。更に細小分類別でみると、糖尿病、次いで関節疾患となっています。疾患別一件当たり費用額では、入院・外来とも糖尿病が最も高くなっています。

医療費に占める割合の高い疾患（大分類別）（令和4年度）

	入院		外来	
	疾患名	費用額（円）	大分類別疾患	費用額（円）
1位	新生物	176,856,670	新生物	176,203,170
2位	循環器系	142,073,300	内分泌	162,114,190
3位	筋骨格系	69,449,970	循環器系	119,749,110
4位	精神	66,945,800	尿路性器系	118,350,240
5位	神経系	61,499,300	筋骨格系	101,595,150

【出典】:KDB「疾病別医療費分析(大分類別)CSV」

医療費に占める割合の高い疾患（細小分類別）（令和4年度）

	疾患名	費用額（円）
1位	糖尿病	122,246,600
2位	関節疾患	93,690,090
3位	肺がん	67,039,790
4位	慢性腎臓病（透析あり）	63,047,670
5位	統合失調症	57,629,460

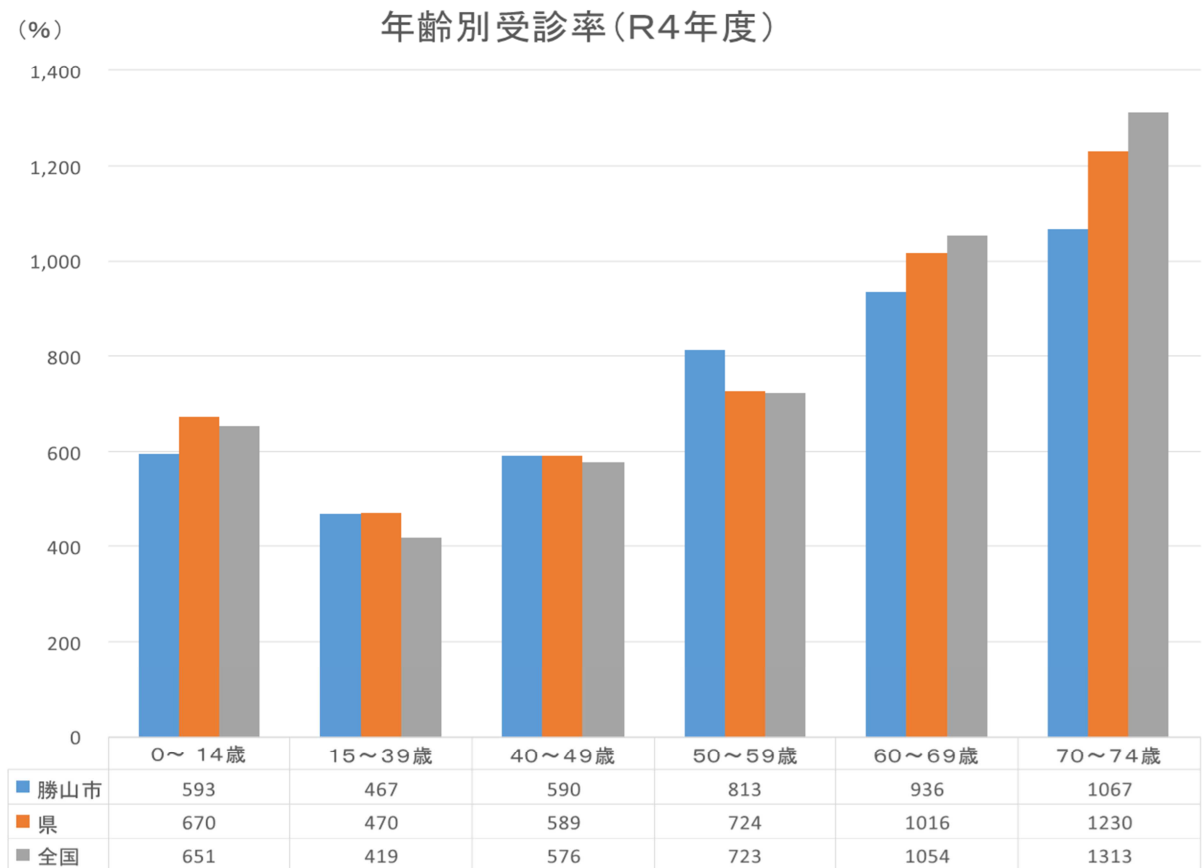
【出典】:KDB「疾病別医療費分析(細小分類別)CSV」

疾患別一件当たり費用額（令和4年度）

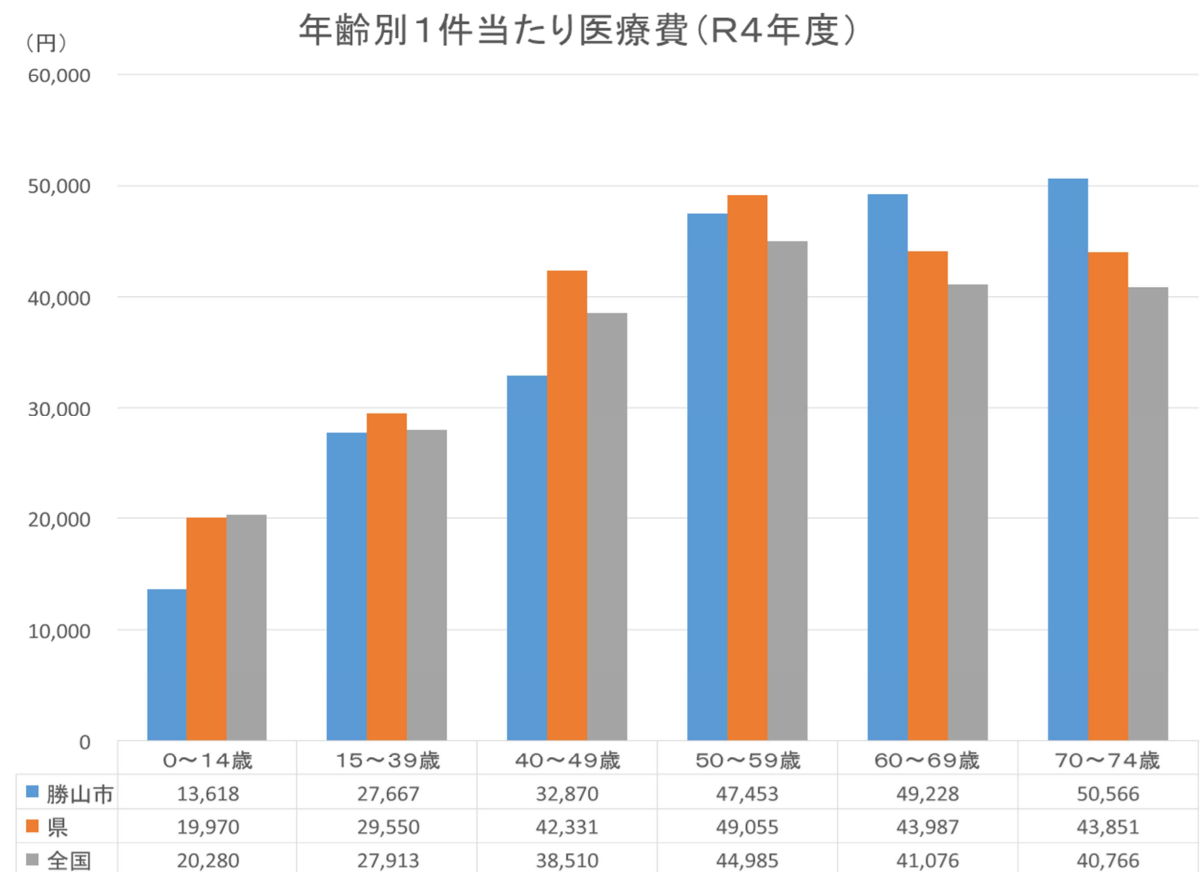
項目	勝山市	
	費用額（円/件）	在院日数（日/件）
入院	糖尿病	623,301 18
	高血圧症	643,702 18
	脂質異常症	709,871 15
	脳血管疾患	590,987 18
	心疾患	813,711 12
	腎不全	670,259 14
	精神	503,331 24
	新生物	852,892 12
外来	糖尿病	45,271
	高血圧症	34,896
	脂質異常症	31,384
	脳血管疾患	49,991
	心疾患	54,505
	腎不全	160,404
	精神	30,496
	新生物	71,544

【出典】:KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

年齢別の医療の受診率は、50～59歳で県・全国と比較し、高くなっています。また、1件あたりの医療費は60歳以上で県・全国より高くなっています。



【出典】:KDB「疾病別医療費分析(大分類)CSV」



【出典】:KDB「疾病別医療費分析(大分類)CSV」

医療費の高い疾病について、30万円以上の高額レセプトを分析したところ、令和4年度5月診療分は85件で、そのうち、最も件数が多い疾患は、悪性新生物が23件、腎不全が23件、その他の呼吸器系の疾患が8件、心疾患、その他の神経系の疾患が6件の順でした。また、1件当たりの医療費が最も高い疾患は、関節症の1,239,330円でした。

件数と1件当たり医療費で構成される医療費総額では、最も医療費が高い疾患は悪性新生物22,448,190円、次いで腎不全11,099,770円の順でした。

年齢別の高額レセプト出現率は、70～74歳で、県より高くなっています。

高額レセプト分析[30万円以上レセプト](R4年度)

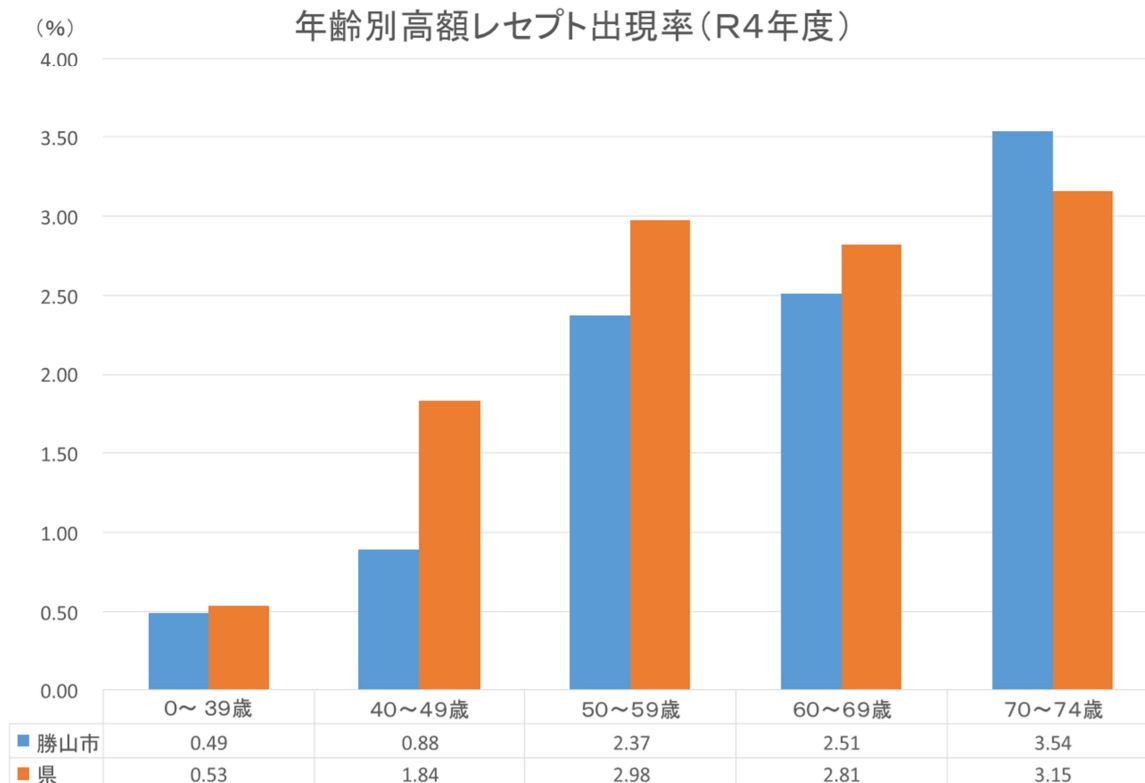
主病名	医療費 (円)	件数 (件)	1件当たり 医療費(円)
悪性新生物	22,448,190	23	976,008
腎不全	11,099,770	23	482,599
その他の呼吸器系の疾患	7,330,430	8	916,304
心疾患	5,145,700	6	857,617
その他の神経系の疾患	2,344,290	6	390,715
統合失調症、統合失調症型障害及び 妄想性障害	1,853,110	5	370,622
その他の消化器系の疾患	2,388,600	5	477,720
骨折	4,738,840	4	1,184,710
関節症	3,717,990	3	1,239,330
精神作用物質使用による精神及び行 動の障害 ※	1,524,440	2	762,220

※ 件数2件の高額レセプト:計6(上記以外に「肝硬変」「糖尿病」「COPD」「気分(感情)障害(躁うつ病を含む)」「炎症性多発性関節障害」)

📄➡

【出典】:KDB「厚生労働省 様式1-1 基準金額以上となったレセプト一覧」(5月診療分)

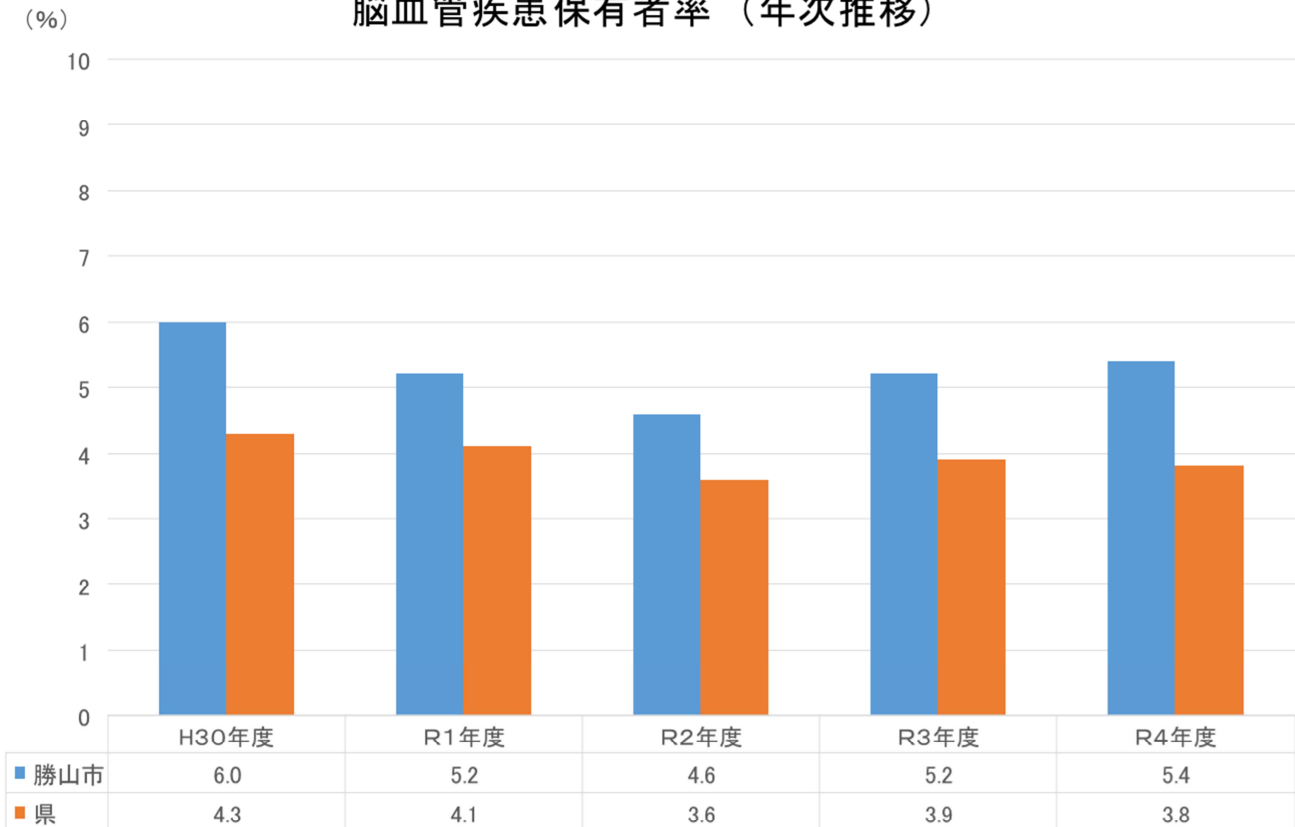
年齢別高額レセプト出現率(R4年度)



【出典】:KDB「厚生労働省 様式1-1 基準金額以上となったレセプト一覧」(5月診療分)

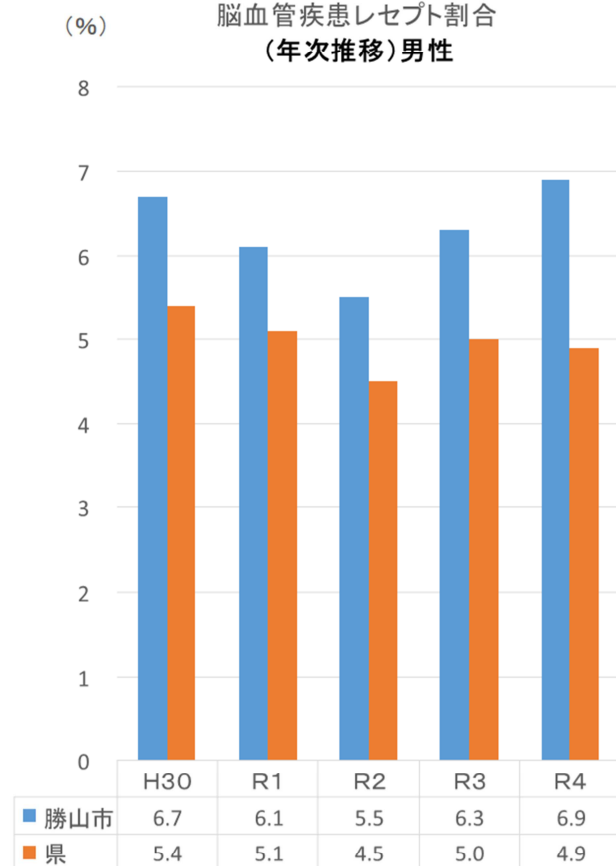
脳血管疾患保有者率は、過去5年間連続で県より高く、令和4年度では県と比較し1.6%高くなっています。また、レセプト割合も男女とも過去5年間連続で県より高くなっています。

脳血管疾患保有者率（年次推移）

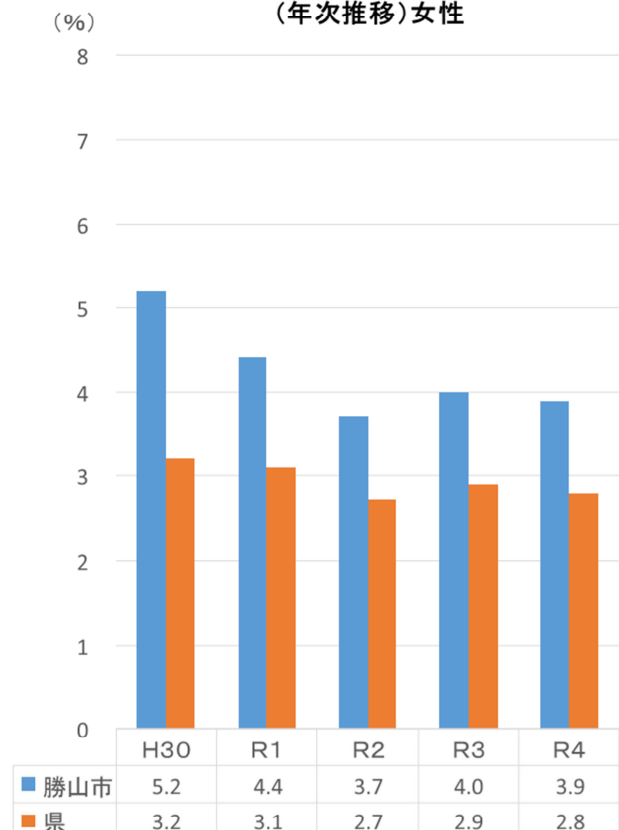


【出典】:KDB「厚生労働省 様式3-6 脳血管疾患のレセプト様式」(5月診療分)

脳血管疾患レセプト割合 (年次推移)男性

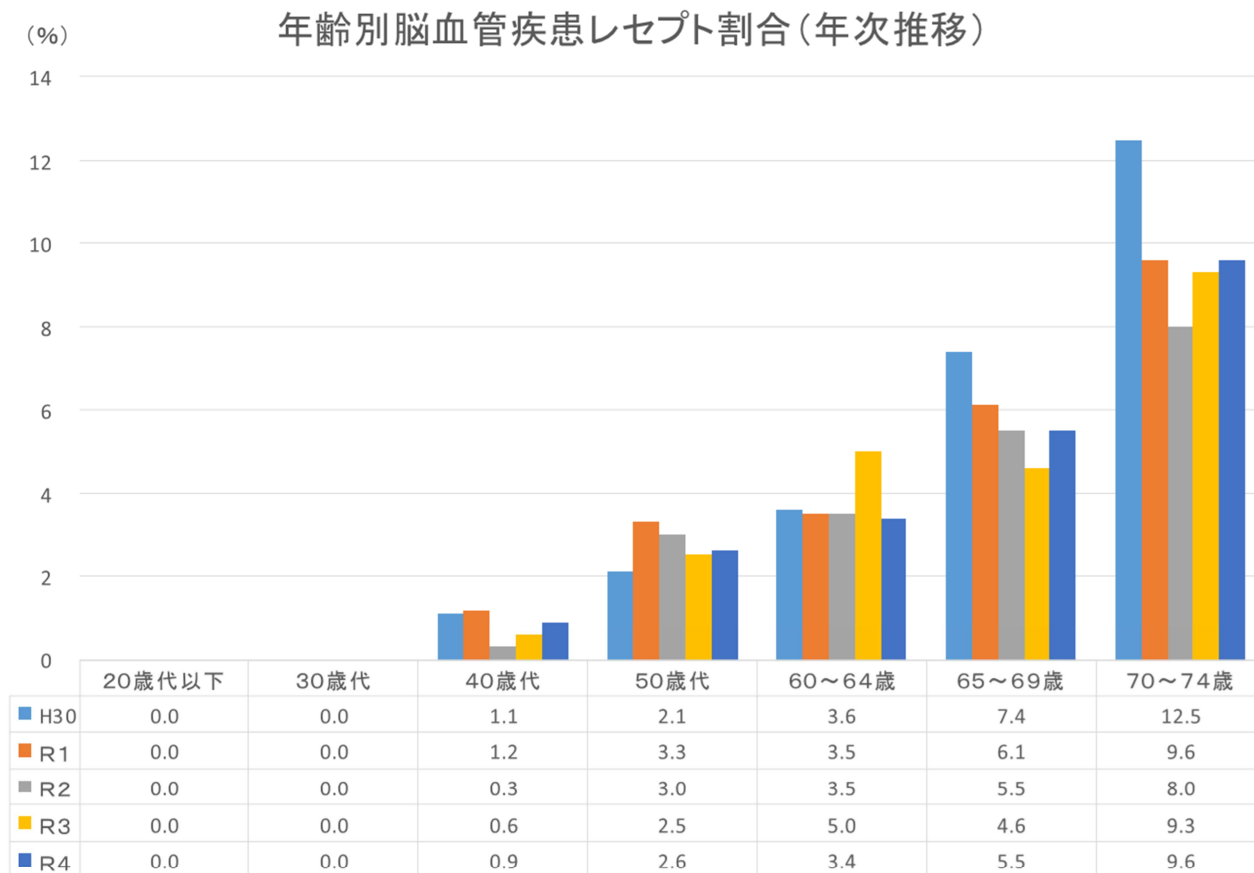


脳血管疾患レセプト割合 (年次推移)女性

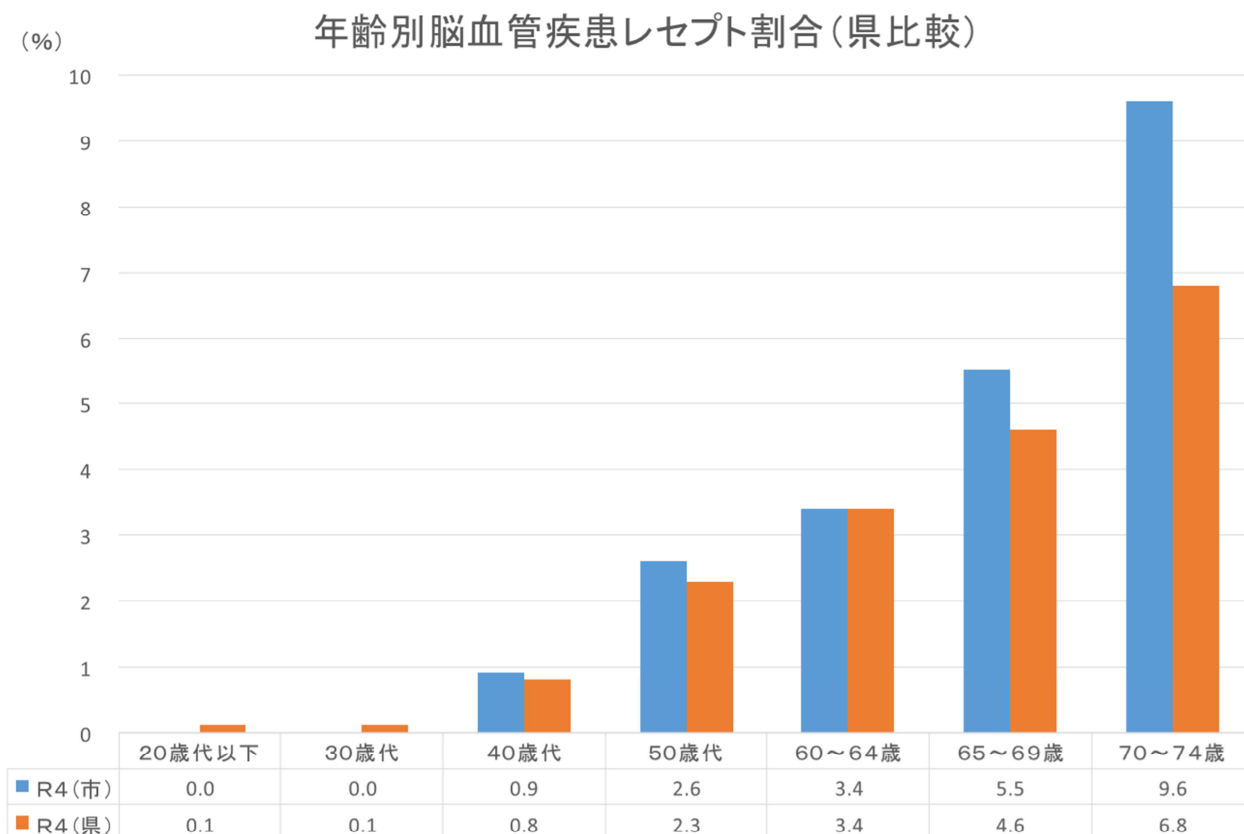


【出典】:KDB「厚生労働省 様式3-6 脳血管疾患のレセプト様式」(5月診療分)

年齢別脳血管疾患レセプト割合では、過去5年間とも年齢に伴い増える傾向にあります。特にいずれの年度も70～74歳で最も高い割合となっています。県との比較では、70～74歳で2.8%高くなっています。

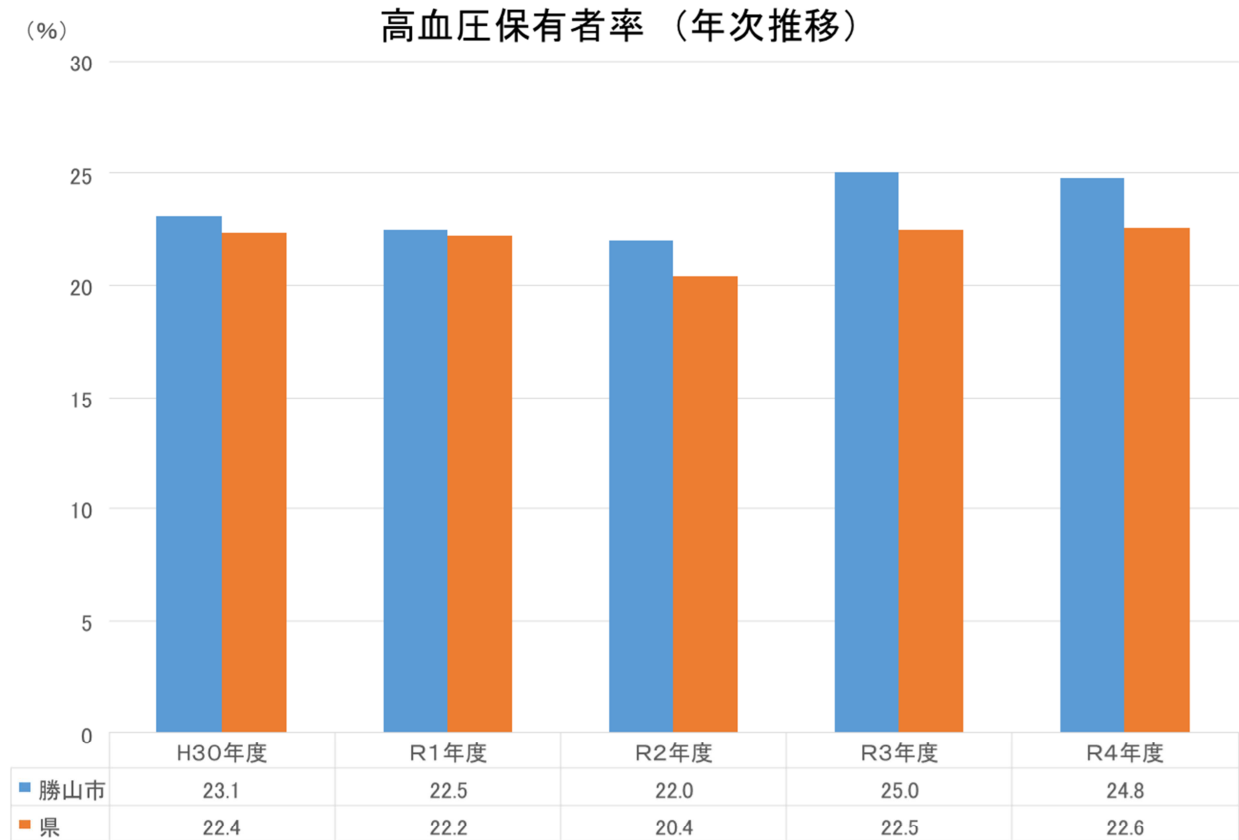


【出典】:KDB「厚生労働省 様式3-6 脳血管疾患のレセプト様式」(5月診療分)

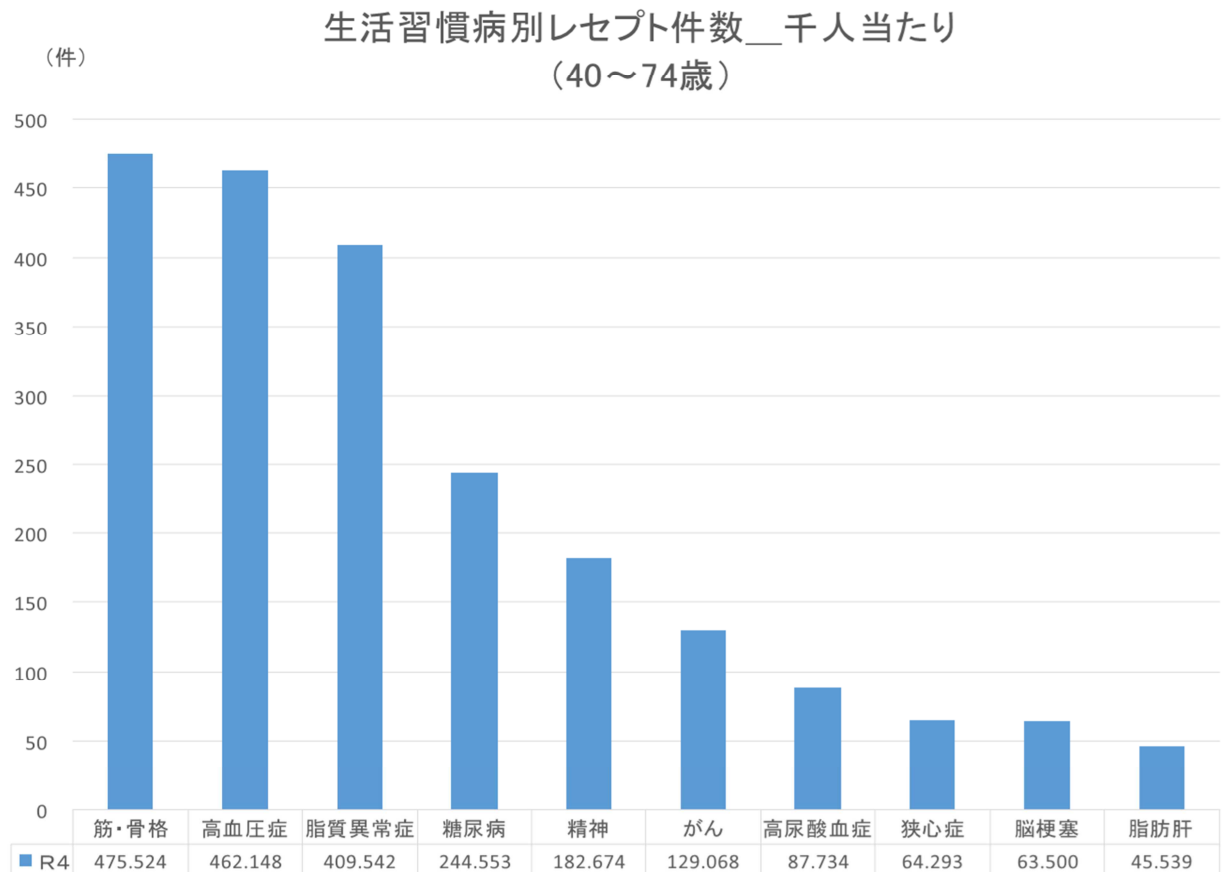


【出典】:KDB「厚生労働省 様式3-6 脳血管疾患のレセプト様式」(5月診療分)

高血圧保有者率は、県と比較して過去5年間連続で高くなっています。特に令和3・4年度では県より約2%以上高くなっています。なお、生活習慣病別レセプト件数では、筋・骨格に続き2番目にレセプト件数が多くなっています。



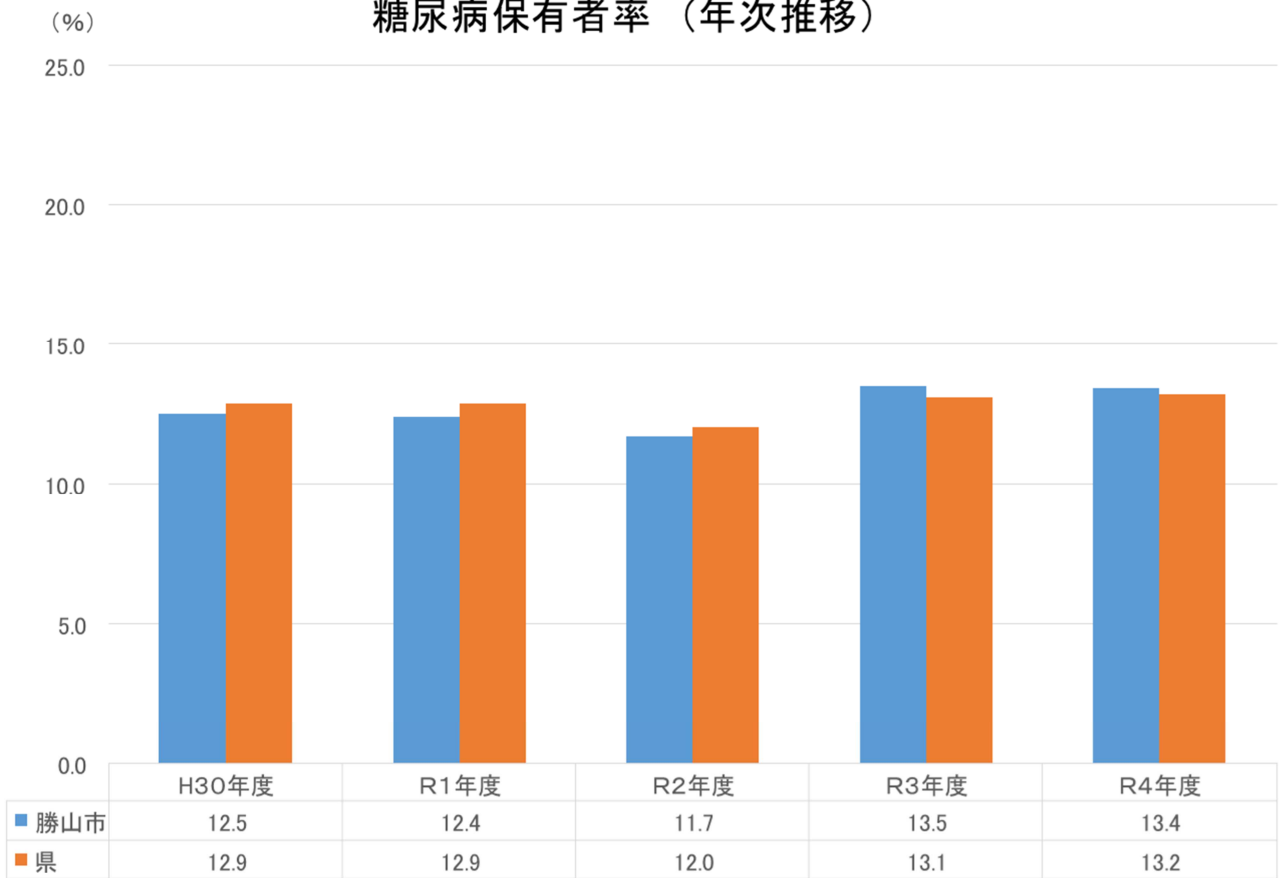
【出典】:KDB「厚生労働省 様式3-3 高血圧症のレセプト様式」(5月診療分)



【出典】:KDB「医療費分析(細小分類)」

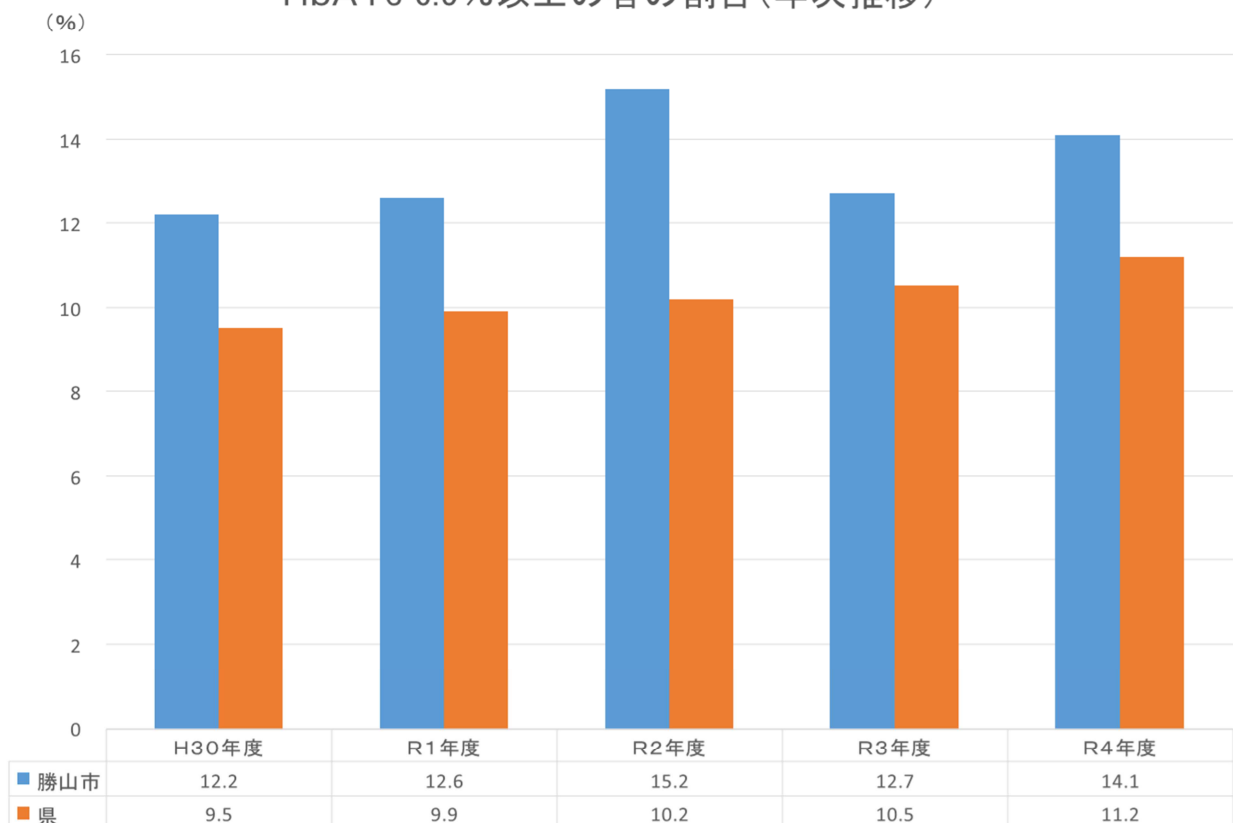
糖尿病保有者率は、県と比較して令和3年度以降で高くなっています。また、HbA1c6.5%以上の人の割合は県と比較して過去5年間連続で高くなっています。

糖尿病保有者率（年次推移）



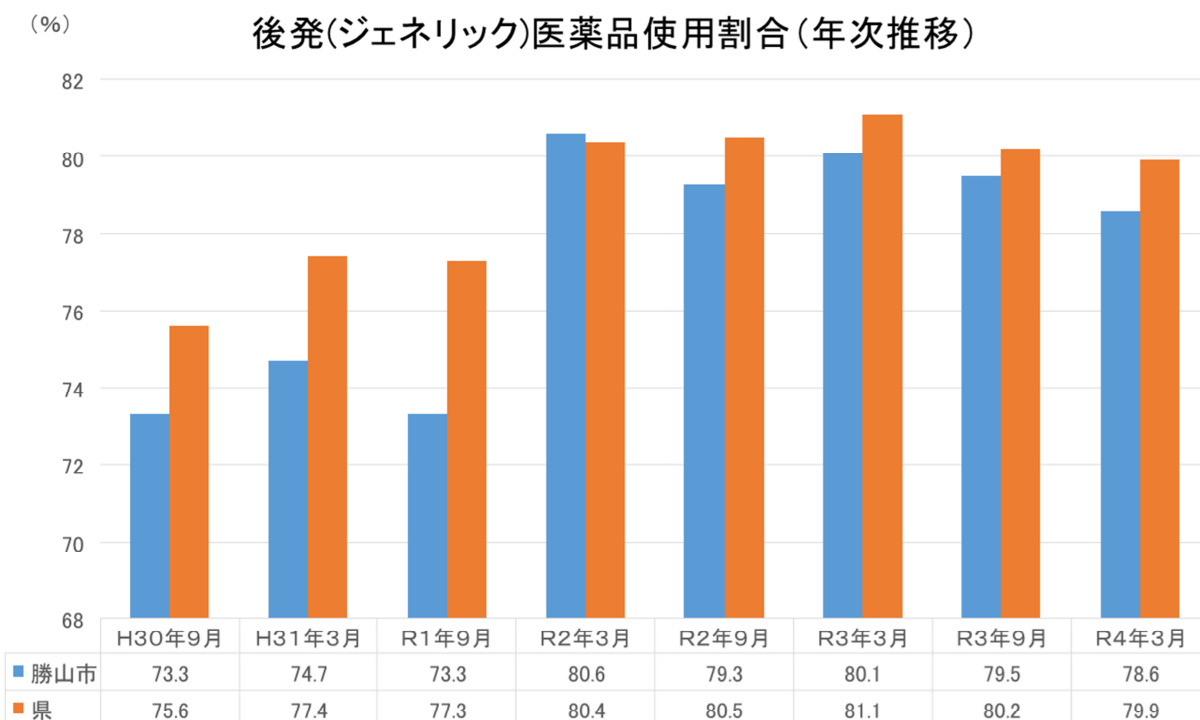
【出典】:KDB「厚生労働省 様式3-2 糖尿病のレセプト様式」(5月診療分)

HbA1c 6.5%以上の者の割合（年次推移）



【出典】:KDB「保健事業介入支援管理CSV」
KDB「厚生労働省様式5-2 健診有所見者状況」

後発（ジェネリック）医薬品の使用割合は、ほぼ全ての年度で県よりやや低くなっています。



【出典】：厚生労働省「保険者別の後発医薬品使用割合」(3、9月診療分)

同一月内において、複数の医療機関で同一薬効・成分の薬剤が2医療機関以上から処方されている人は、2以上の薬効の重複処方を受けた人が一番多く25人となっています。また3医療機関以上では、1名が重複処方を受けています。

重複処方の状況（薬効分類単位で集計）

※令和5年10月診療分

他医療機関との重複処方が発生した医療機関数（同一月内）		複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数（同一月内）				
		重複処方を受けた者（人）				
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上
重複処方を受けた者（人）	2 医療機関以上	84	25	7	2	1
	3 医療機関以上	1	1	1	1	1
	4 医療機関以上	1	1	1	1	1
	5 医療機関以上	1	1	1	1	1

※外来（医科・歯科・調剤）のみ対象

【出典】KDB「重複・多剤処方の状況」

同一薬剤に関する処方日数が1日以上かつ処方薬剤数（同一月内）が15剤以上の多剤処方該当者は、8人となっています。令和3年から減少傾向が続きましたが令和5年10月時点では増加に転じています。

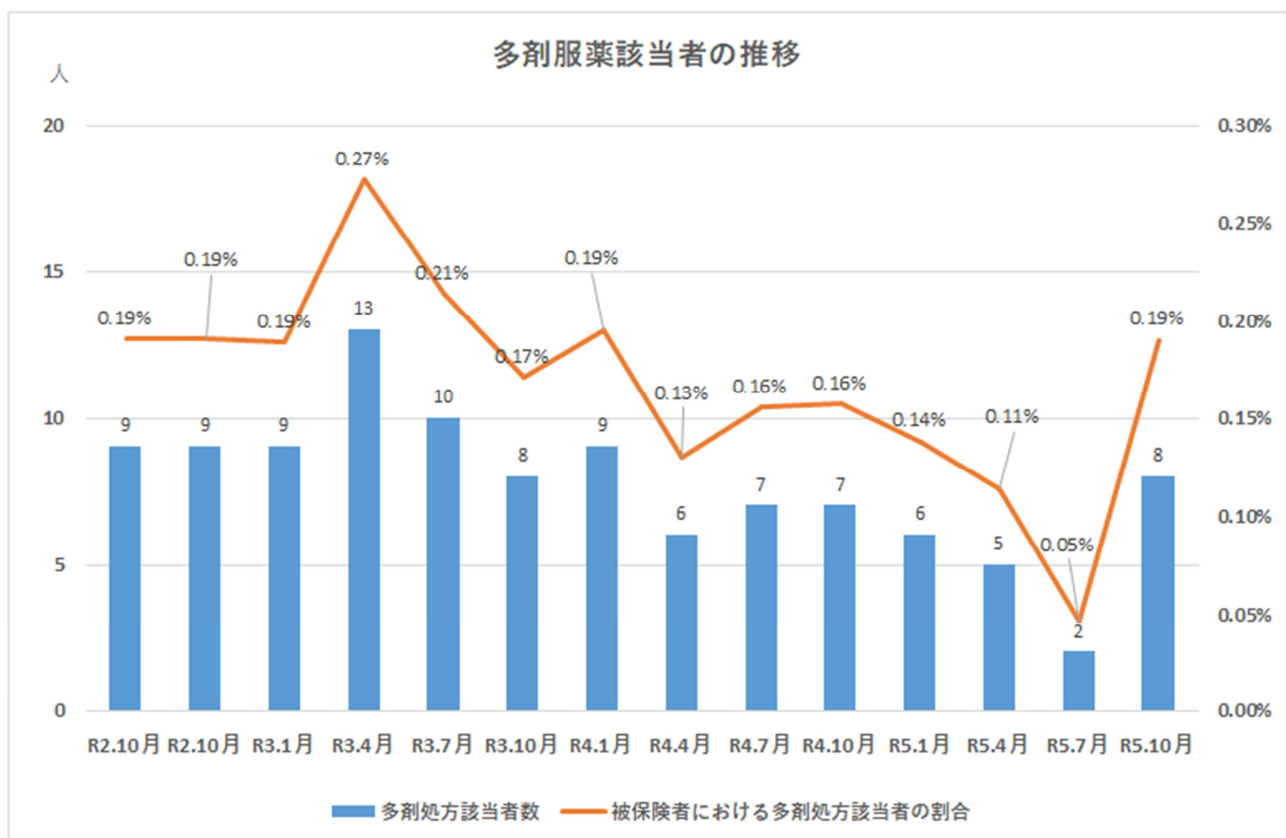
多剤服薬の状況（薬効分類単位で集計）

※令和5年10月診療分

同一薬効に関する処方日数 (同一月内)	処方薬効数(同一月内)											
	処方を受けた者(人)											
	1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
1日以上	2,128	1,772	1,389	1,035	762	535	362	237	155	88	8	0
15日以上	1,806	1,590	1,272	970	729	517	351	231	154	88	8	0
30日以上	1,462	1,291	1,059	823	628	450	312	211	144	85	8	0
60日以上	801	712	585	478	380	275	189	129	94	52	8	0
90日以上	440	401	335	274	226	168	124	87	66	38	5	0
120日以上	195	184	165	141	126	96	72	58	44	26	2	0
150日以上	126	118	105	88	77	59	43	30	22	15	1	0
180日以上	79	72	63	53	43	36	26	19	13	9	0	0

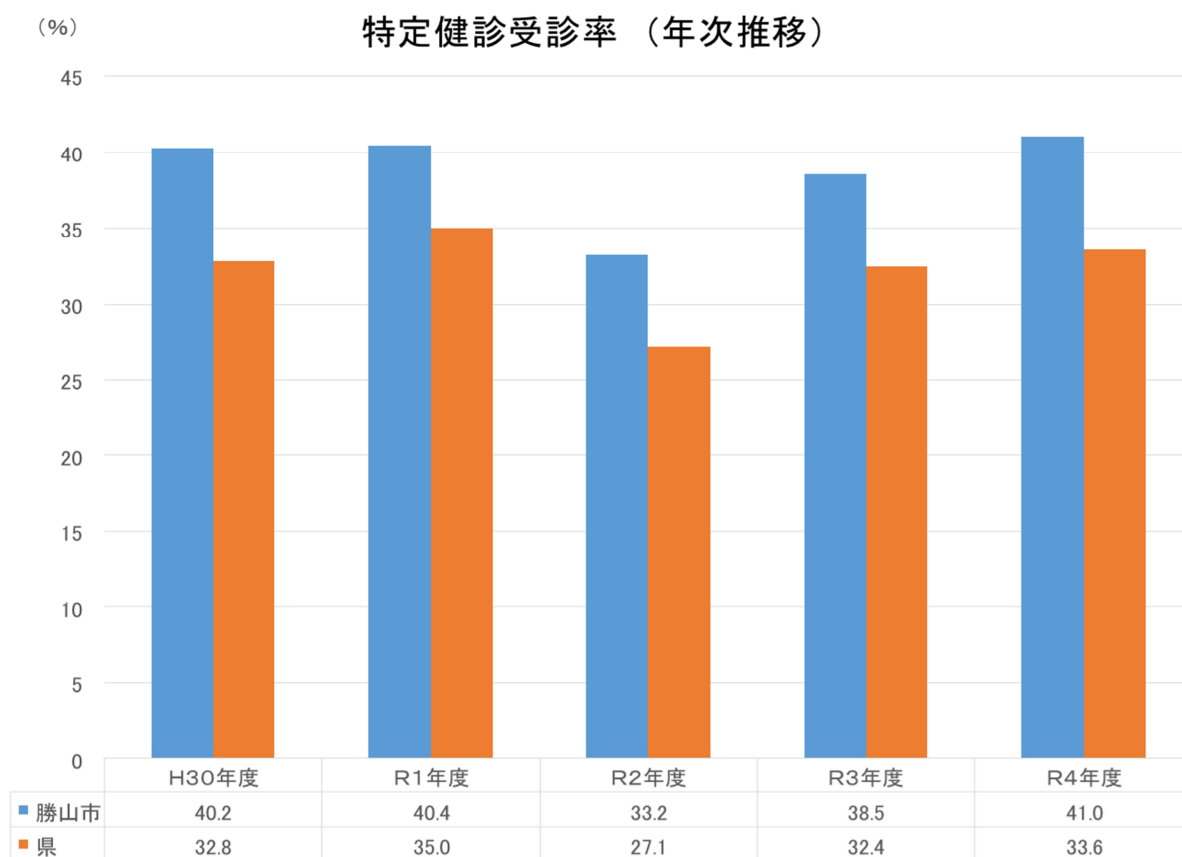
※外来（医科・歯科・調剤）のみ対象

【出典】：KDB「重複・多剤処方の状況 令和5年10月診療分」

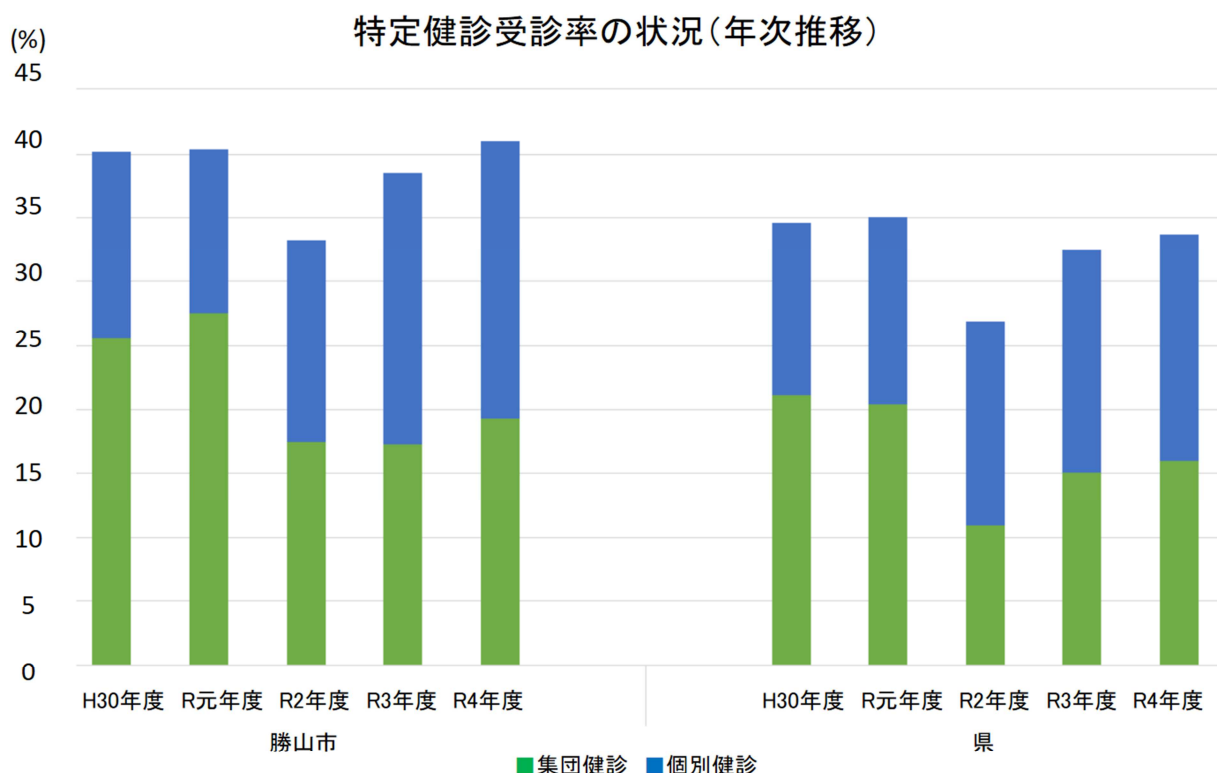


3. 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ（質問票を含む）の分析

特定健康診査受診率は、過去5年間の全て県より高く、全体の受診率はコロナ禍前以上にまで回復し、令和4年度は41.0%と過去最高値となりました。集団・個別健診の割合では、令和4年度で勝山市・県とも個別がやや多くなっています。

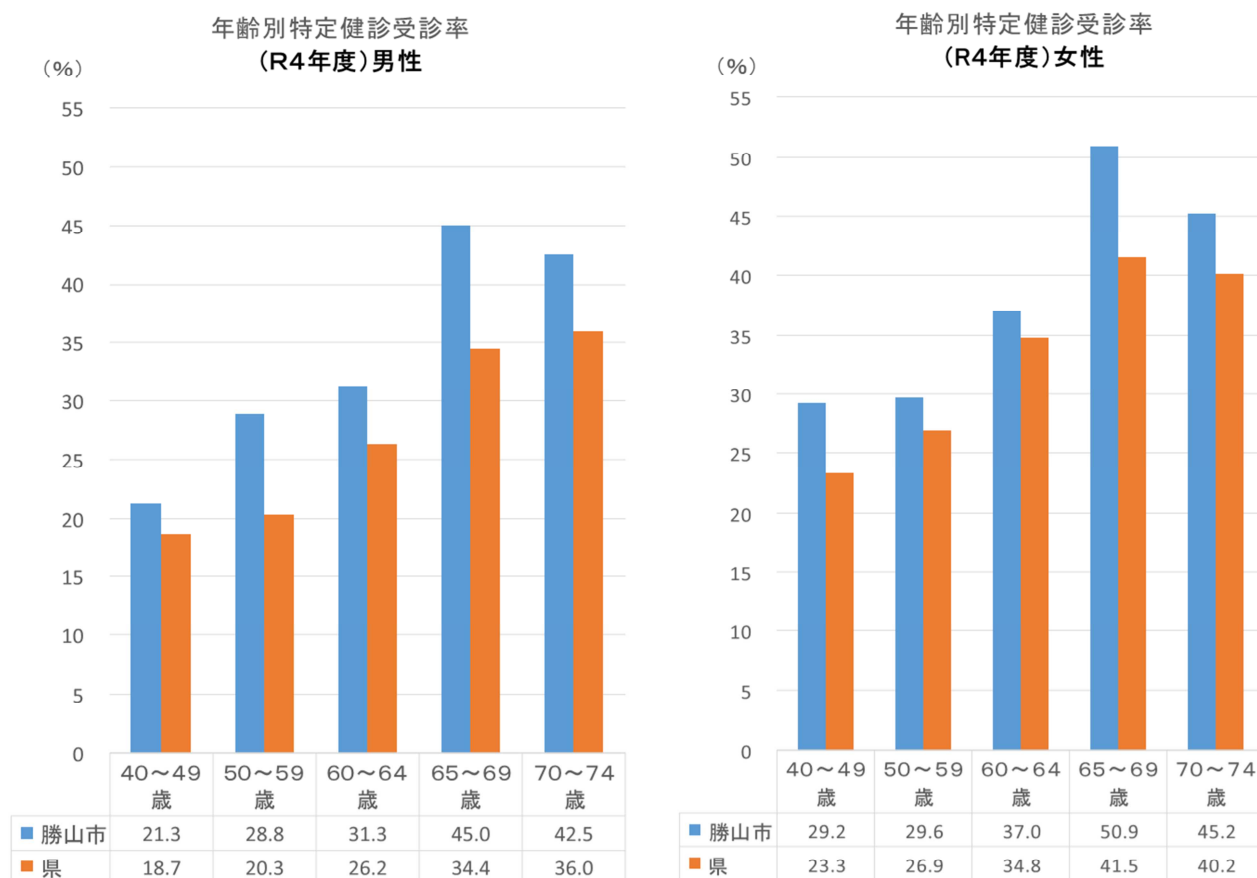


【出典】：特定健診・保健指導の実施状況報告（法定報告）

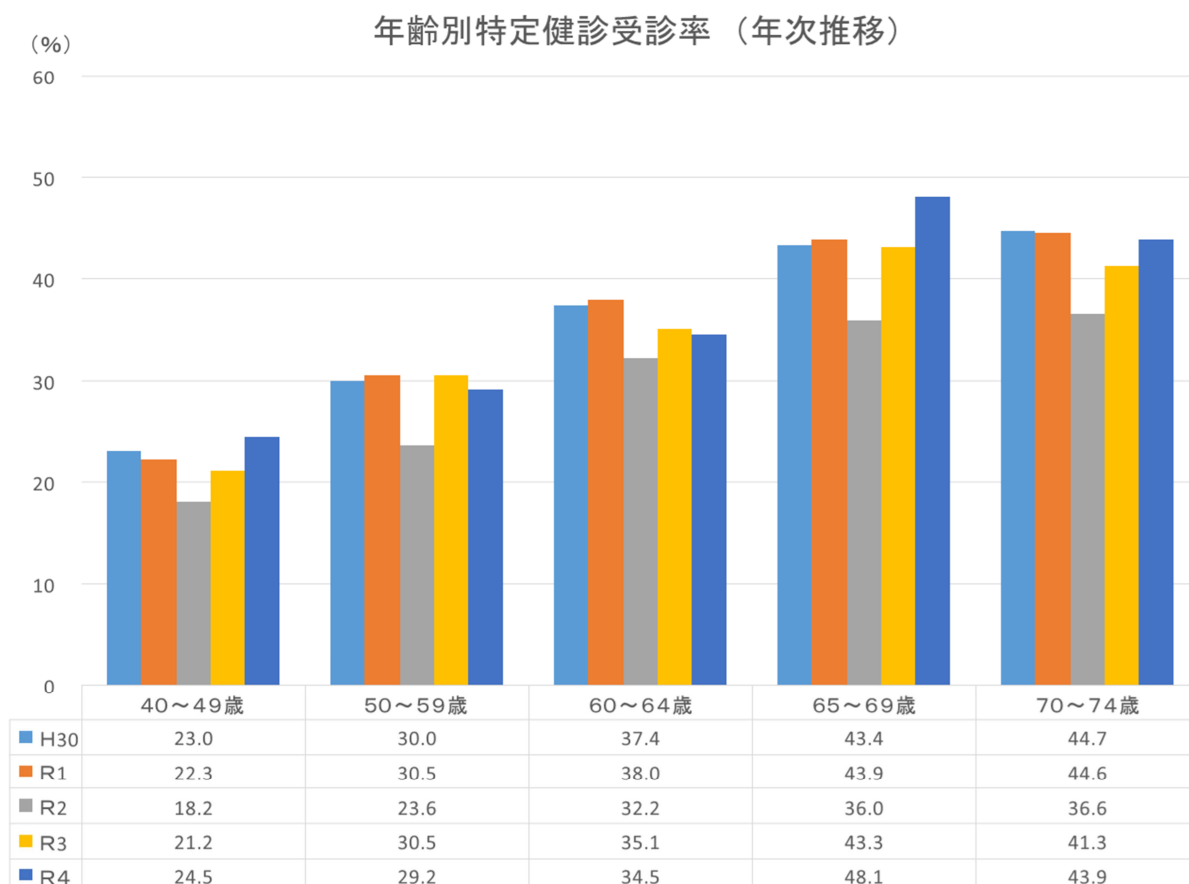


出典：【特定健診等データ管理システム】国庫負担(補助)金対象者(健診)ファイル、特定健診・特定保健指導実施結果総括表(法定報告)

性別では全ての年代で男性より女性の受診率が高くなっています。年代別の特定健診受診率は40～50歳代で低くなっています。最も受診率が高い年代は令和2年度までは70～74歳でしたが、令和3年度以降は65～69歳が高くなっています。



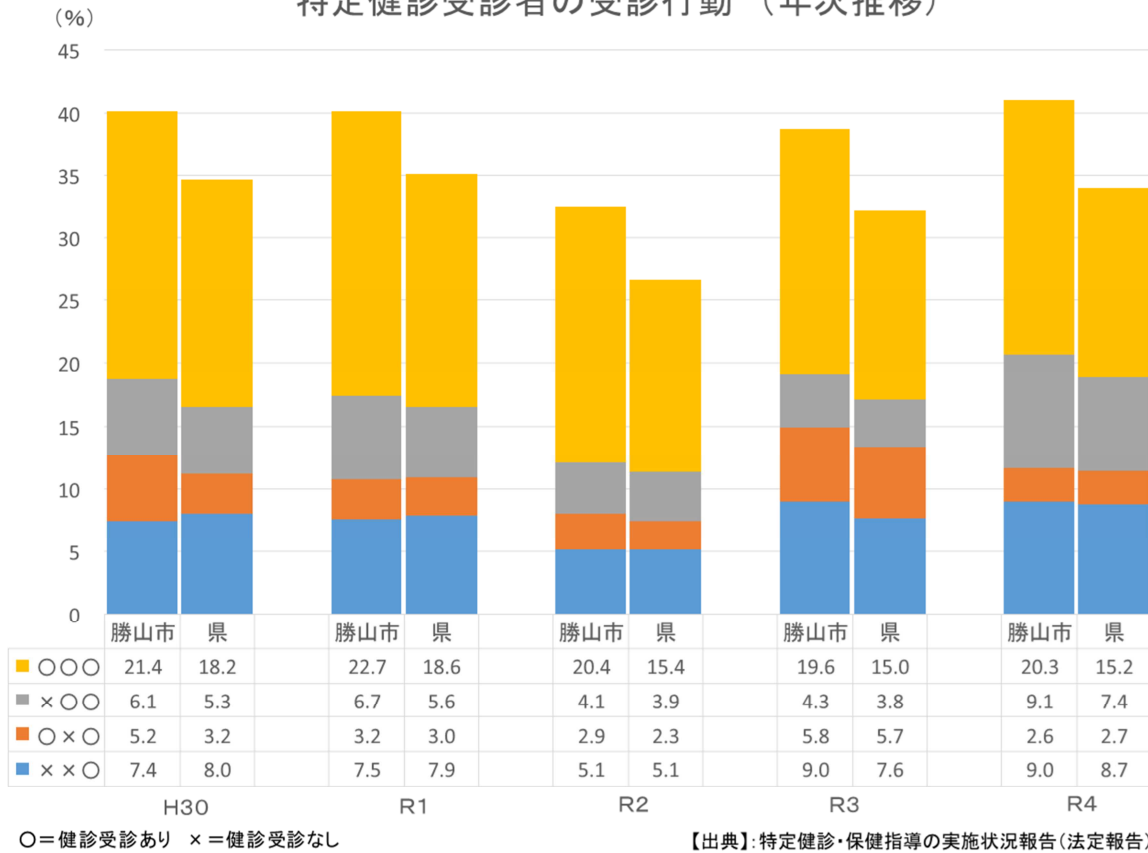
【出典】：特定健診・保健指導の実施状況報告(法定報告)



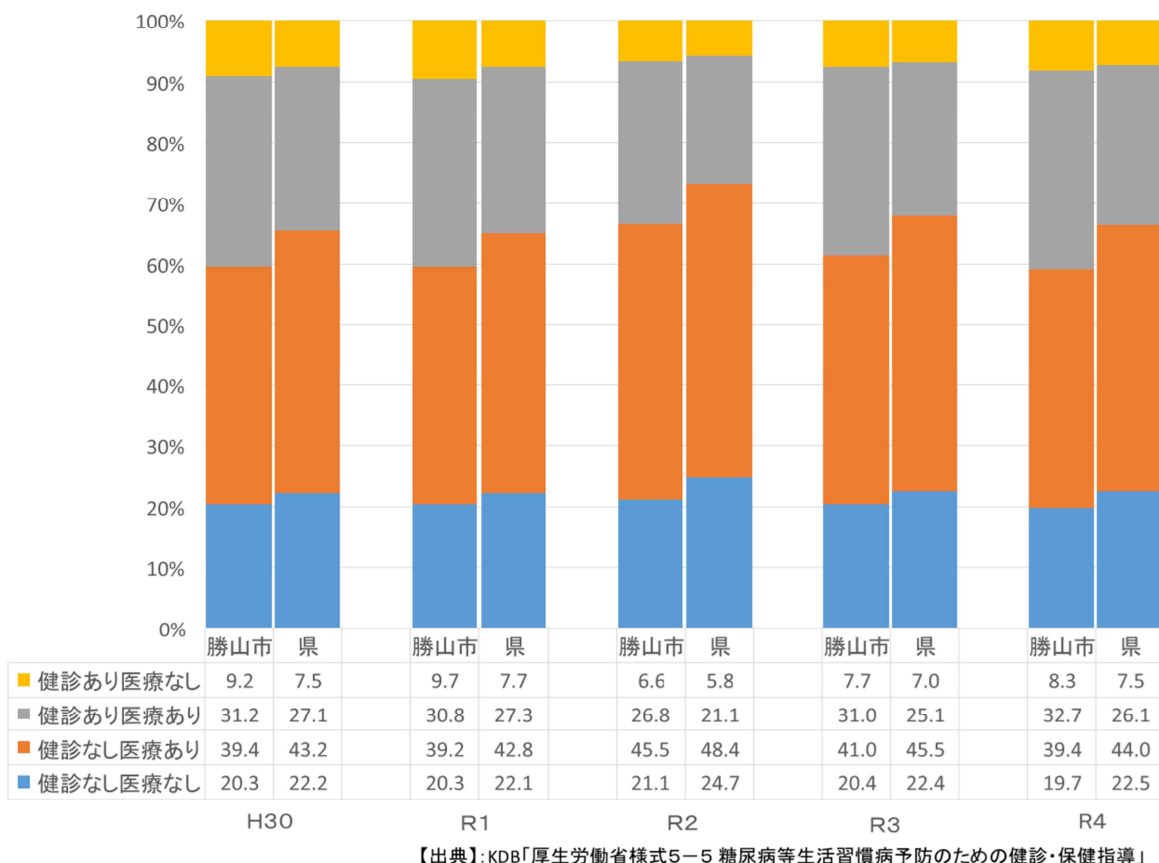
【出典】：特定健診・保健指導の実施状況報告(法定報告)

継続受診の状況は、3年連続で受診する人の割合は2割程度です。特定健診と医療の状況は、過去5年間全て健診なし医療あり（健診は受診せず医療のみ受診している人）が最も多く、約4割前後となっています。健診なし医療なし（健診も医療もどちらも受診しない人）は約2割です。医療を受けている人は約7割前後となります。

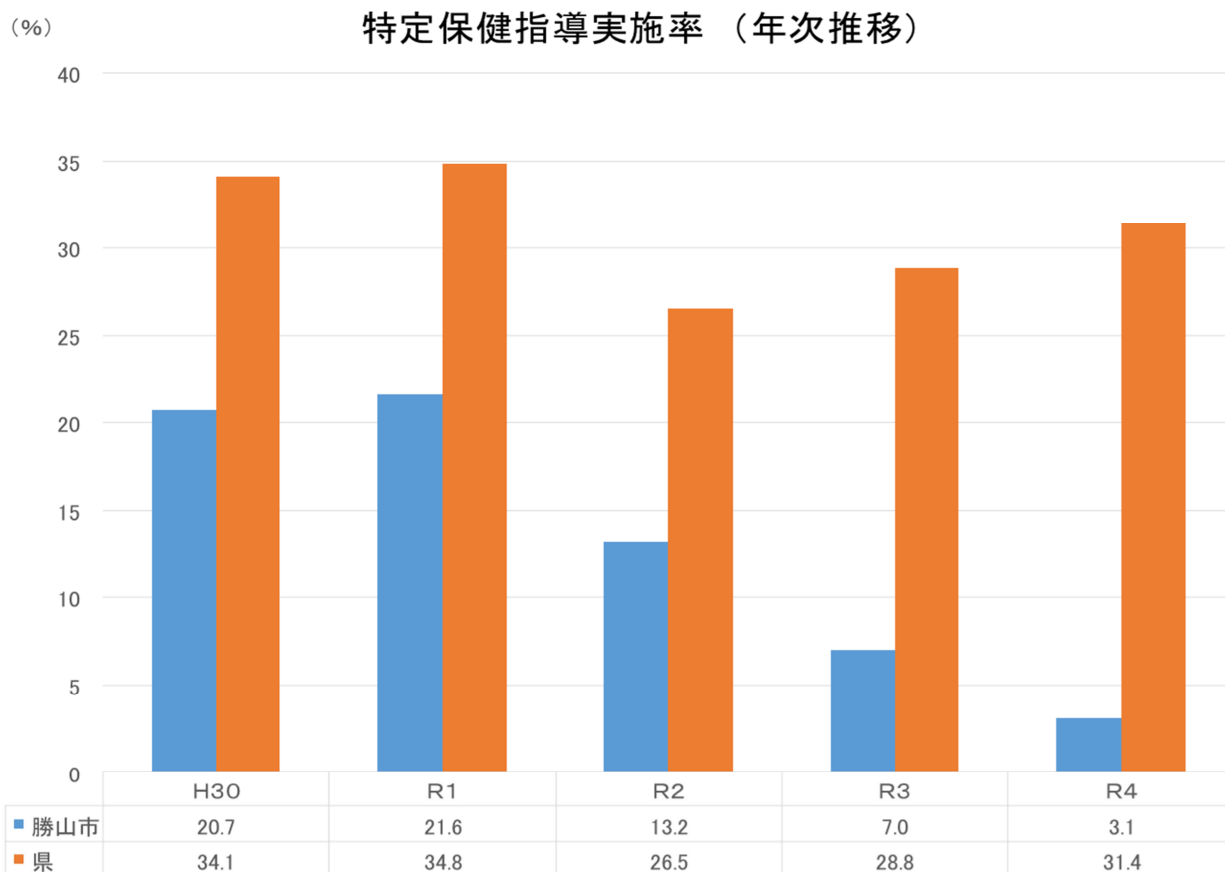
特定健診受診者の受診行動（年次推移）



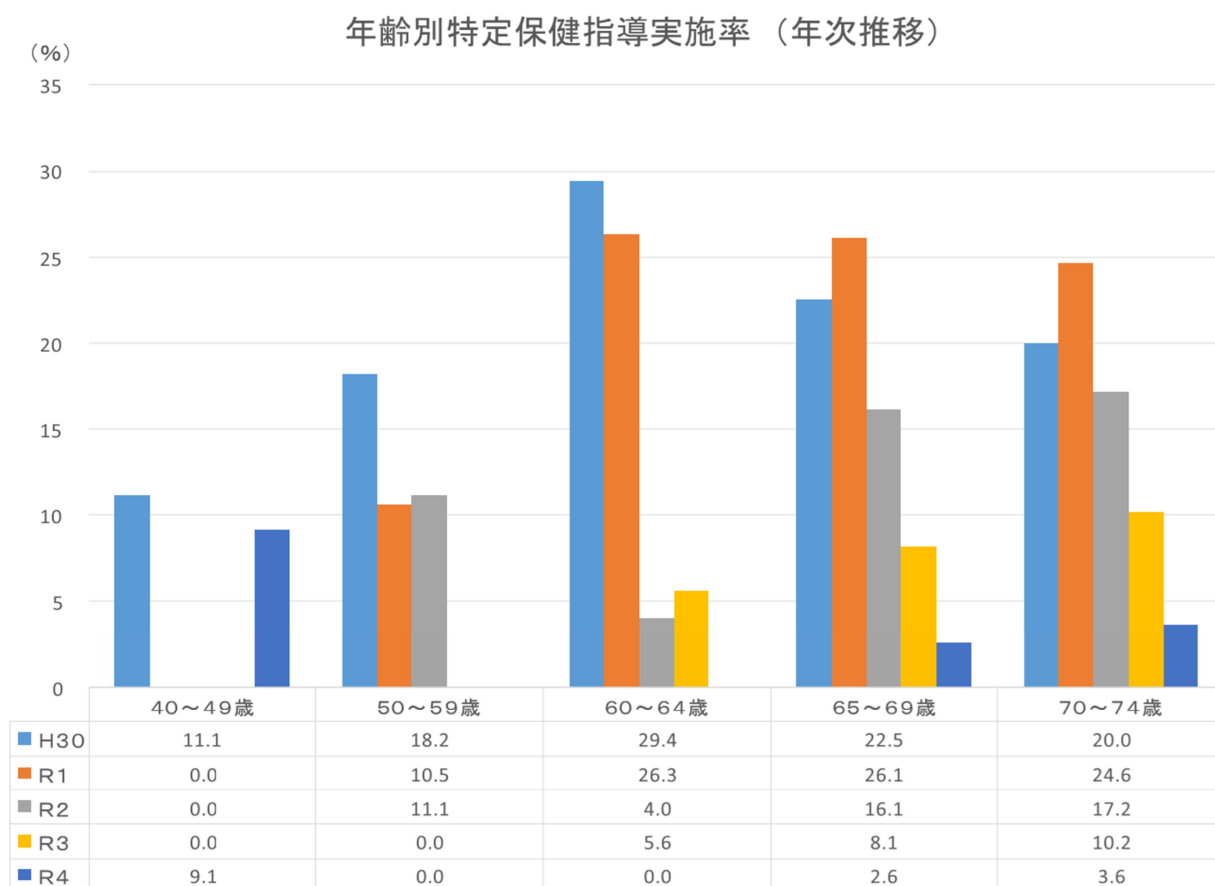
特定健診と医療の状況（年次推移）



特定保健指導実施率は、年々減少傾向となっています。実施者数のほとんどが60歳以上の被保険者です。



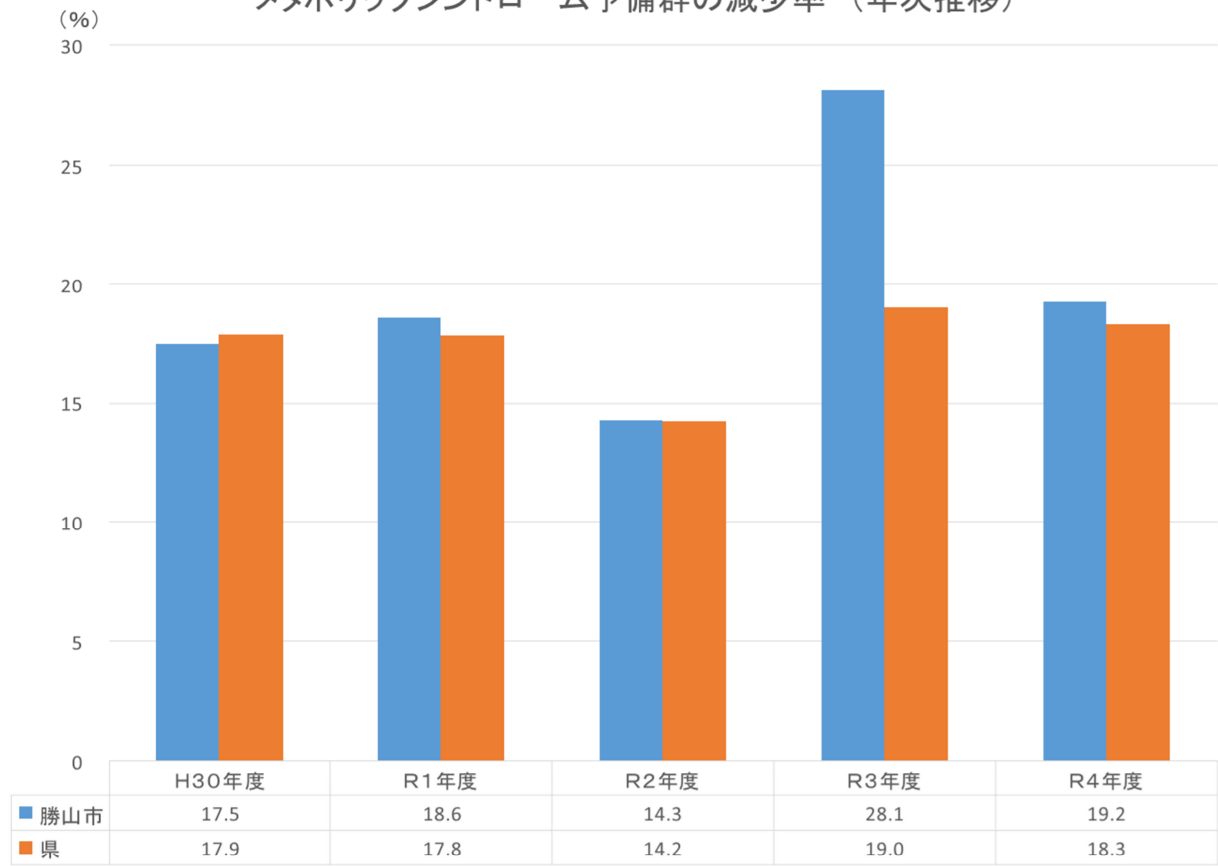
【出典】：特定健診・保健指導の実施状況報告（法定報告）



【出典】：特定健診・保健指導の実施状況報告（法定報告）

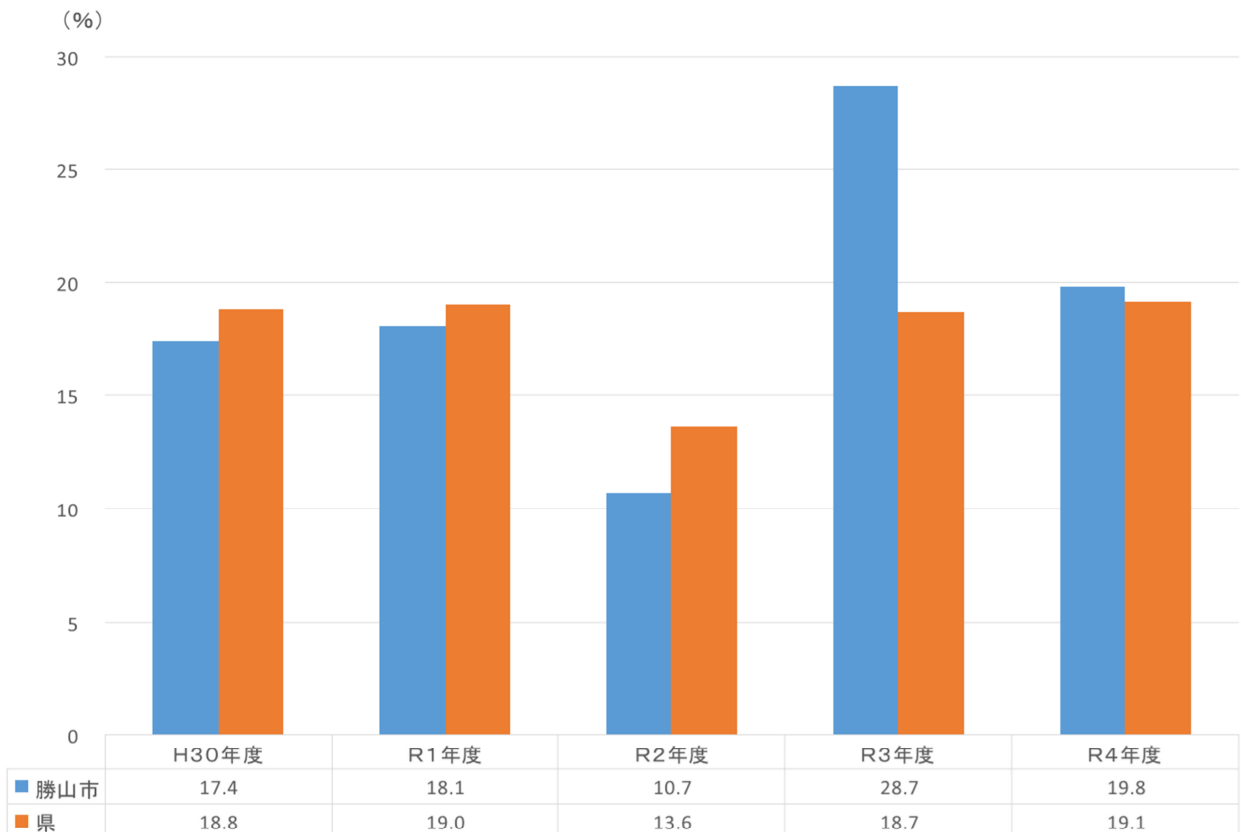
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率は、令和3年度から県より高くなっています。

メタボリックシンドローム予備群の減少率（年次推移）



【出典】：特定健診・保健指導の実施状況報告（法定報告）

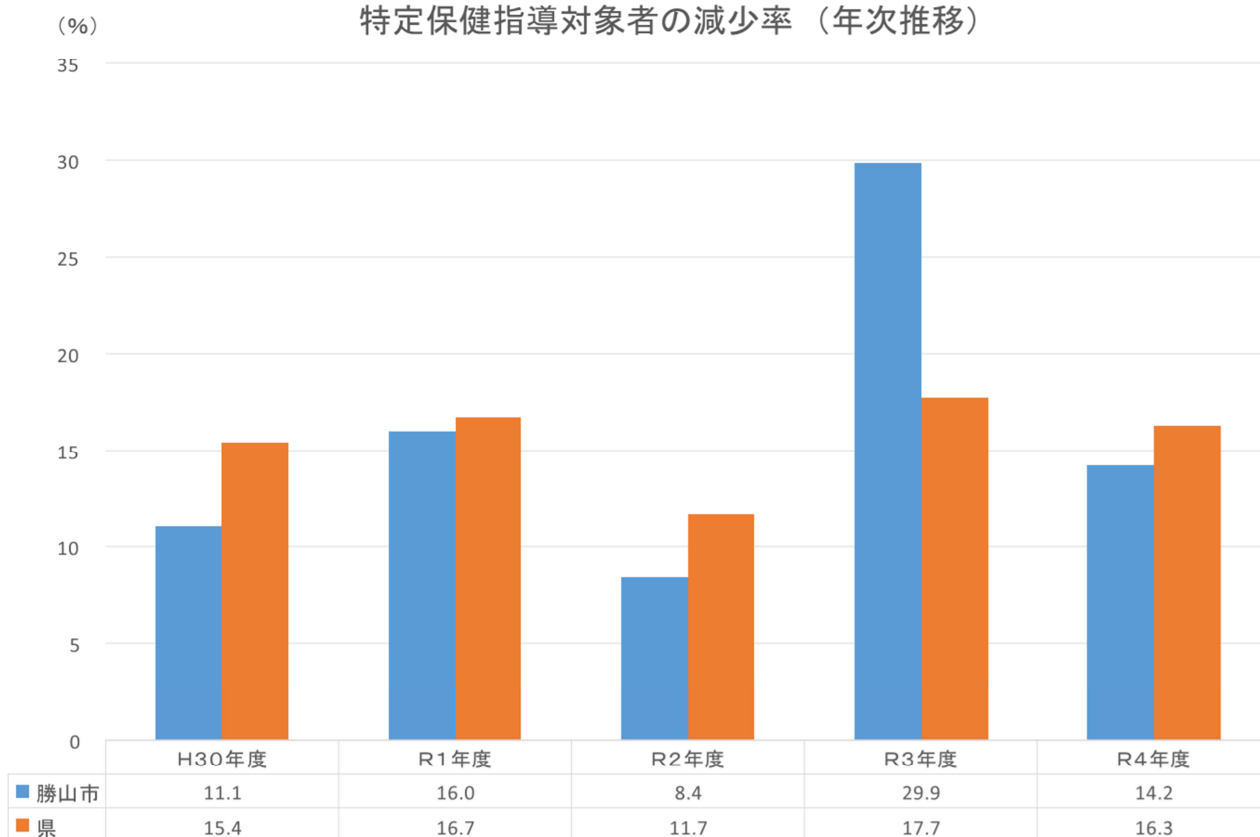
メタボリックシンドローム該当者の減少率（年次推移）



【出典】：特定健診・保健指導の実施状況報告（法定報告）

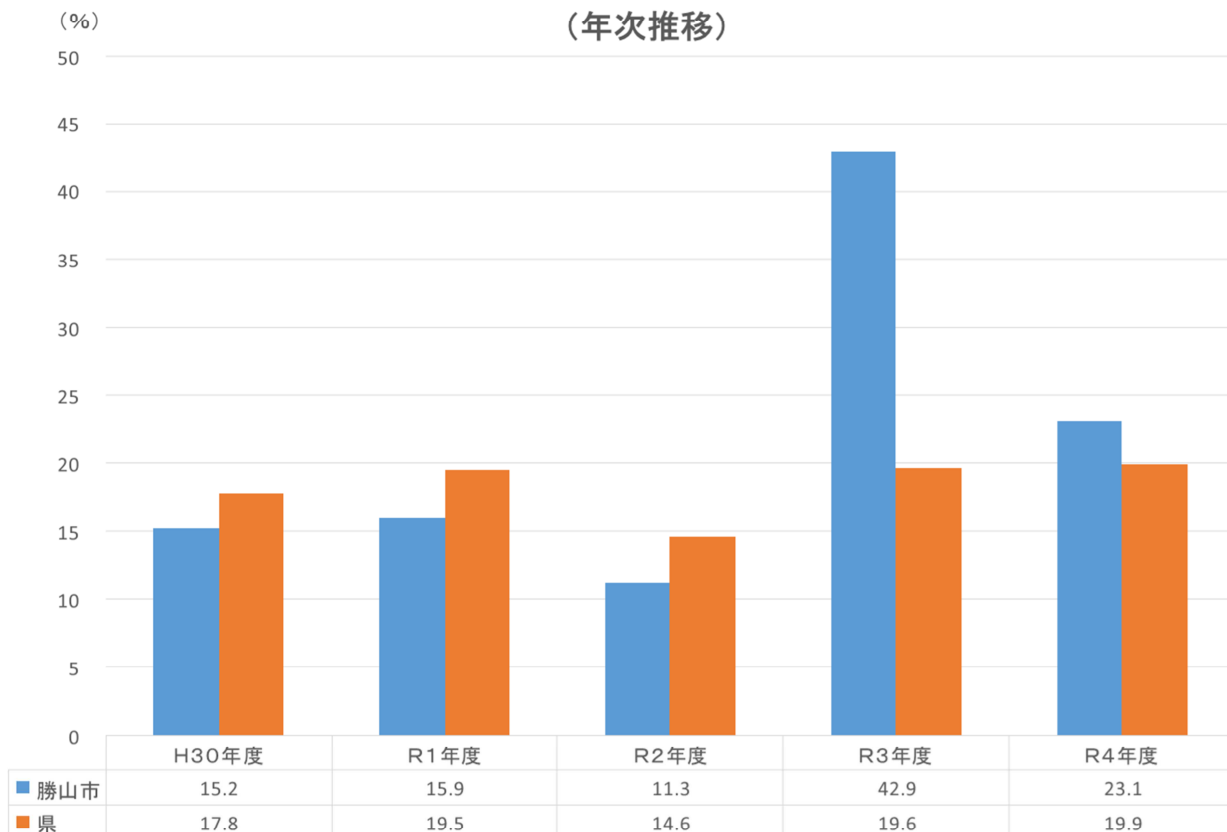
特定保健指導の対象者の減少率は令和3年度のみ県より高くなっています。特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は、令和3年度以降で県より高くなっています。

特定保健指導対象者の減少率（年次推移）



【出典】：特定健診・保健指導の実施状況報告(法定報告)

特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率
（年次推移）



【出典】：特定健診・保健指導の実施状況報告(法定報告)

特定健診の有所見率は、血圧（収縮期血圧）・eGFR・GPT・中性脂肪の順で県より高くなっています。質問票の状況は、喫煙・20歳時体重から10kg以上増加・運動習慣なし・歩行速度・咀嚼における噛みにくさ・飲酒頻度・飲酒量・睡眠不足等で県と比較し多くなっています。

特定健診有所見率(R4年度)

人(%)

	勝山市	県
BMI	373 (27.0)	8,234 (27.0)
中性脂肪	348 (25.2)	7,630 (23.7)
GPT	206 (14.9)	4,257 (13.2)
HbA1c	828 (60.0)	20,000 (62.0)
血圧（収縮期血圧）	737 (53.4)	15,940 (49.4)
（拡張期血圧）	276 (20.0)	6,623 (20.5)
eGFR	339 (24.6)	7,228 (22.4)
心電図	282 (20.4)	8,775 (27.2)

【出典】:KDB「厚生労働省様式5-2 健診有所見者状況」

質問票の状況(R4年度)

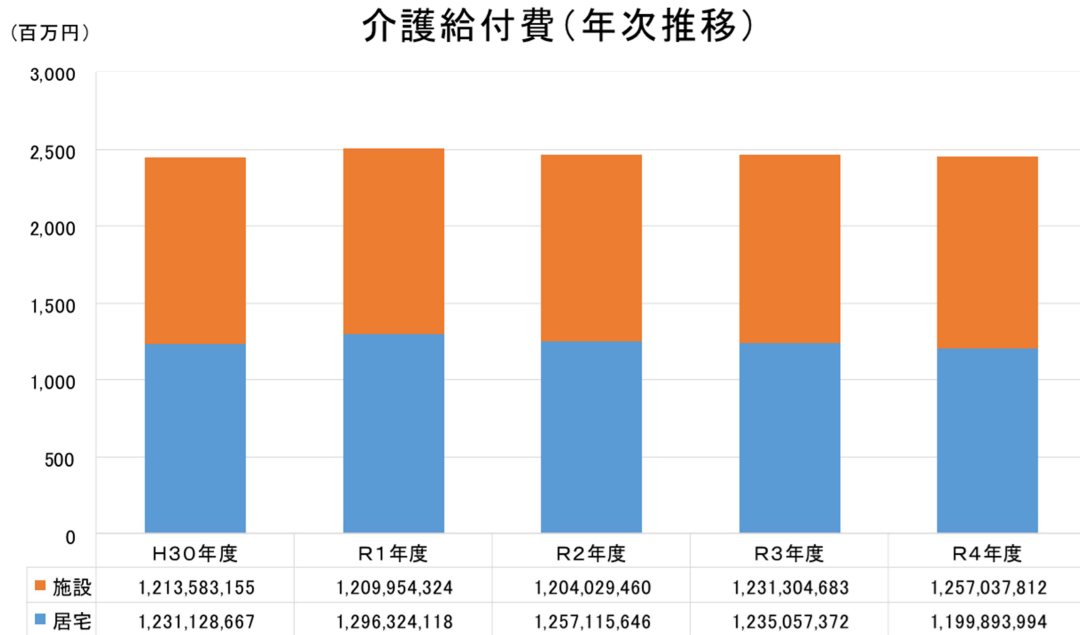
%

	勝山市	県
喫煙	12.5	11.4
20歳時体重から10kg以上増加	34.5	32.8
1回30分以上の運動習慣なし	65.8	64.4
歩行速度遅い	60.4	54.9
咀嚼(なんでも噛める)	69.7	77.6
食事速度(速い)	26.0	28.9
週3回以上就寝前夕食	12.9	13.8
3食以外の間食や甘い飲み物(毎日)	20.1	23.3
週3回以上朝食を抜く	5.3	7.1
飲酒頻度(毎日)	26.8	23.3
1日飲酒量(1合以上)	40.5	30.9
睡眠不足	26.7	24.9
生活習慣改善意欲なし	32.3	26.4
生活習慣改善意欲あり	27.2	29.8
生活習慣改善意欲ありかつ始めている	13.9	12.6
取り組み済み 6カ月未満	8.0	9.3
取り組み済み 6カ月以上	18.6	21.9

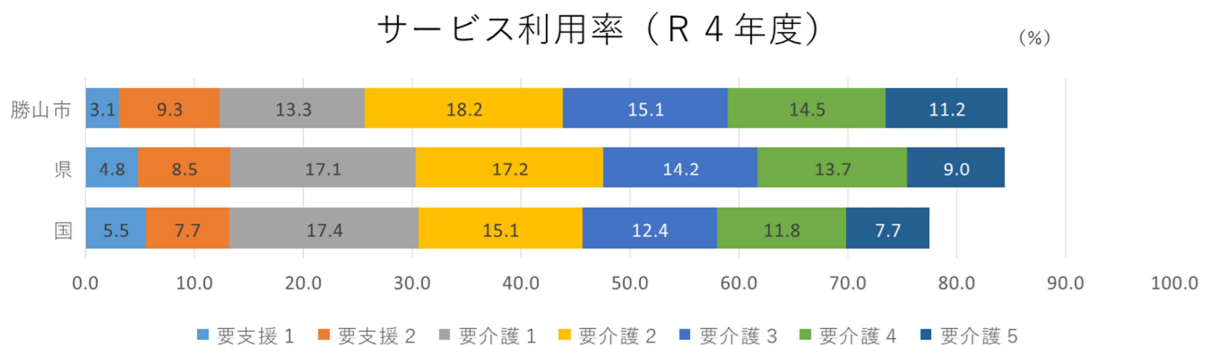
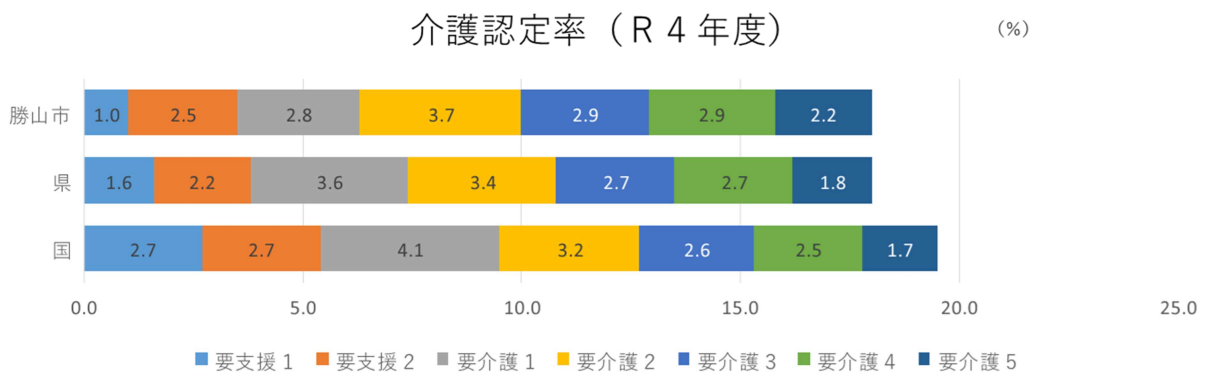
【出典】:KDB「質問票調査の経年比較」

4. 介護費関係の分析

介護給付費は、年次推移において大きな増減はありません。介護認定率は、県と同程度ですが、国より 1.5%低くなっています。サービス利用率は、県と同程度で国より高くなっています。



【出典】:KDB「健康スコアリング(介護)」



<分母> 認定率：被保険者、サービス利用率：認定者

【出典】:KDB「健康スコアリング(介護)」

5. レセプト・健診データ等を組み合わせた分析

医療費分析では、糖尿病に関する医療費が高いこと、健診データ分析では eGFR の有所見率が高いことが判明した他、福井県国保ヘルスアップ支援事業により、医療費抑制において高血圧が最も優先的な健康課題であることが示されました。さらに脳血管疾患保有者率が県と比較高いことから、これらを健康課題と捉え、血圧・HbA1c・eGFR・尿蛋白において、重症化予防の取組みを実施します。

6. 健康・医療情報等の分析結果の要約

健康・医療情報等の大分類	左記の大分類のうち、健康・医療情報等の分析に必要なとなる各種データ等の分析結果
平均寿命・標準化死亡比等	<ul style="list-style-type: none"> ・平均寿命は、男性で同規模市・国と比較し同程度であるが、県より短い。女性は県と同程度で、同規模市・国より長い。(R4年度) ・平均自立期間(要介護2以上)は、男性で同規模市と同程度であるが、県・国よりやや短い。女性は県・同規模・国よりやや短い。(R4年度) ・標準化死亡比は、男性で脳梗塞・脳血管疾患・心不全の順で、女性は心不全・脳梗塞・脳血管疾患の順となり、県や全国比より高い。(H25～H29)
医療費の分析	<ul style="list-style-type: none"> ・1人当たり医科医療費は、入院・外来とも県・全国と比較し高い。特に外来医療費は県内でも高い。(H30～R4) ・年齢別の1人当たり医療費は、50代で40代の約2倍となる。また、全ての年代で女性より男性の医療費が高い。(R4年度) ・医療費に占める割合の高い疾患は、最小分類別では糖尿病が最も高い。(R4年度) ・1件あたりの医療費は60歳以上で県・全国より高いが、年齢別の医療の受診率は県・全国より低い。(R4年度) ・高額レセプトの件数では、悪性新生物、腎不全、その他の呼吸器系疾患が多い。年齢別の高額レセプト出現率では、70～74歳で県より高い。(R4年度) ・脳血管疾患保有者率は、県と比較し過去5年連続で1%以上高く、性別でのレセプト割合も男女とも県より高い。年齢別では、特に70～74歳で県と比較し高い。(H30～R4) ・高血圧保有者率は、県と比較し過去5年連続で高い。また、生活習慣病別レセプト件数では、高血圧が筋・骨格に続き2番目に多い。(H30～R4) ・糖尿病保有者率は、県と比較し令和3年度以降高い。また、HbA1c:6.5%以上の人の割合も県と比較し高い。(H30～R4) ・後発(ジェネリック)医薬品の使用割合は、県よりやや低い。(H30～R4)
特定健康診査・特定保健指導等の健診データ(質問票を含む)の分析	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査受診率は、過去5年間全て県より高く、令和4年度は41.0%と過去最高となった。40～50歳代の受診率が低く、多くの年代で男性より女性が高い。3年連続での継続受診者は2割程である。(H30～R4) ・特定保健指導実施率は、実施のほとんどが60歳以上の被保険者である。全体の実施率は年々減少傾向にある。(H30～R4) ・各種検査項目の有所見率は、血圧(収縮期血圧)・eGFR・GPTの順で県より高い。(R4年度) ・質問紙調査は、運動習慣なし・歩行速度が遅い・咀嚼における噛みにくさ等で県と比較し多い。(R4年度)
介護費関係の分析	<ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費は、年次推移において大きな増減はない。(H30～R4) ・介護認定率は、県と同程度だが、国より1.5%低い。また、サービス利用率は、県と同程度で国より高い。(R4年度)

第4章 データヘルス計画の目的、目標、目標を達成するための戦略

1. データヘルス計画の目的

被保険者の健康の保持増進及び、疾病予防を推進することで医療費の適正化を図ります。

2. 健康課題と目標

健康・医療情報等の分析結果に基づく健康課題を次のとおりとします。

項目	健康課題	データヘルス計画全体における目標
A	脳血管疾患の標準化死亡比及び、国保被保険者におけるレセプト保有者率が県平均より高い	被保険者の脳血管罹患率が低下する
B	医療費全体費用額では糖尿病の占める割合が最も高く、患者数は高血圧が多い	被保険者が確実かつ適切に医療機関を受診して生活習慣病の重症化を予防する
	60歳以上での医療への受診率は低い、1件あたりの医療費は県より高い	
C	特定健診有所見割合では、血圧・eGFR・GPTが県より高い	特定健診受診者が特定健診結果に基づき、生活習慣を改善する
D	特定健診の質問票調査では、運動習慣なしの割合が県より高い	被保険者が生活習慣病の発症予防のために生活習慣を改善する

3. 評価指標と目標値

健康課題に対する本計画によって目指す姿（目的）・目標・評価指標を次のとおりとします。

項目	データヘルス計画全体における目標	評価指標	計画策定時実績	目標値	
			2022年度 (R4)	2026年度 (R8)	2029年度 (R11)
A	被保険者の脳血管罹患率が低下する	脳血管疾患入院レセプト件数割合が減少する（市独自指標）	4.7	4.0	3.5
B	被保険者が確実かつ適切に医療機関を受診して生活習慣病の重症化を予防する	収縮期血圧が150以上の者のうち高血圧のレセプトがない者の割合（市独自指標）	44.6	39.0	35.0
		HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合（県指標）	15.9	14.5	14.0
		HbA1c8.0%以上の者の割合（国指標）	1.9	1.6	1.3
C	特定健診受診者が特定健診結果に基づき、生活習慣を改善する	特定健診受診率（国指標）	41.0	45.5	50.0
		特定保健指導実施率（国指標）	3.1	32.0	50.0
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（国指標）	23.1	28.0	32.5
D	被保険者が生活習慣病の発症予防のために生活習慣を改善する	運動習慣のない者の割合（県指標）	65.8	55.0	50.0

※2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

第5章 健康課題を解決するための個別の保健事業

目標の達成のため健康課題に対応した保健事業については、次のとおりです。

(1) 生活習慣病及び重症化予防を図るための事業

事業番号	事業名称	事業概要	対応する健康課題
(1)-1	特定健診未受診者対策事業	特定健診の未受診者に対し、対象者の健診・医療の受診状況に合わせた内容の再勧奨通知を送付し、特定健診の受診者数増加に繋げる。	C
(1)-2	特定保健指導事業	メタボリックシンドロームをはじめとする生活習慣病の発症を予防するため、特定保健指導を実施する。	C・D
(1)-3	生活習慣病重症化予防事業	特定健診結果より医療機関に受診が必要な方への受診勧奨及び受診後の生活習慣改善を目的とした保健指導を医療機関と連携しながら実施する。	A・B
(1)-4	国保30代健診事業	40歳代から糖尿病が増加することから、30歳代の若い世代への健診受診を促す。また、特定保健指導に準じた保健指導を実施する。	C

(2) 脳卒中予防及び医療費適正化、適正受診を図るための事業

事業番号	事業名称	事業概要	対応する健康課題
(2)-1	健康ポイント事業	市民が脳卒中予防に関心を持ち、運動習慣の獲得等により脳血管疾患のリスク軽減できることを目的として実施する。	A・B・D
(2)-2	後発医薬品使用促進事業	後発（ジェネリック）医薬品の使用を促進し、被保険者の医療費負担の軽減や医療費適正化を図る。	—
(2)-3	適正受診・適正服薬促進事業	重複・頻回受診者、多剤投与者等への適正受診勧奨を通じて、健康被害の防止及び医療費適正化を図る。	—

(1) - 1 特定健診未受診者対策事業（対応する健康課題＝C）

事業の目的	対象者の健診・医療の受診状況に合わせた内容の再勧奨通知やハガキによる再々勧奨通知を送付し、特定健診の受診者数増加に繋げる。
対象者	KDBシステムを活用し健診・医療の受診歴から4つのパターンで対象者を選定する。①過去3年健診受診のみ、②過去3年健診・医療を受診、③過去3年医療のみ受診、④過去3年健診・医療受診なし
現在までの事業結果	受診勧奨資材にA4圧着用紙を使用することで開封することなく情報が読み取れるよう工夫した。また、KDBシステムを活用し、健診・医療の受診状況に合わせた内容とした。確実に受診勧奨を実施することで、特定健診未受診者の受診者数を向上させ、令和4年度には過去最高の41.0%の受診率となった。 令和5年度より自己負担金を無料化し、更なる受診率の向上を図った。

今後の目標値

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	特定健康診査受診率	41.0%	42.5%	44.0%	45.5%	47.0%	48.5%	50.0%
アウトプット(実施量・率)指標	対象者への通知実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

目標を達成するための主な戦略	被保険者の健診受診率向上のため、対象者を健診・医療の受診状況等で分類し、それぞれのグループに効果的で情報が読み取りやすい勧奨資材での再勧奨を実施する。
----------------	---

現在までの実施方法（プロセス）

<ul style="list-style-type: none"> ・業者委託によりA4圧着の勧奨資材を作成し、集団健診の中～後半時期を案内した。 ・表面に自己負担金の無料化、おすすめの集団健診日、LINE予約用の整理番号を記載した。圧着の内面には対象者により健診の受診項目・医療機関での健診受診・みなし健診の案内を記載した。 ・ハガキによる再々勧奨通知では、終盤の健診日程や医療機関での健診を記載した。
--

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率は令和2年度以降上昇し続けており、特に①過去3年健診受診のみ、②過去3年健診・医療を受診のグループで勧奨通知送付後は予約が増える傾向にあるため、確実に勧奨していく。
--

現在までの実施体制（ストラクチャー）

<ul style="list-style-type: none"> ・国保主管課及び保健事業担当課が連携し、予算編成や財源確保について協議した。 ・かかりつけ医の推進のため、市医師会と連携し、健診案内通知は個別健診を勧める内容とした。 ・令和5年度より、自己負担金を無料化した。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・国民健康保険被保険者数は減少傾向にあるが、事業の財源確保（予算獲得）に支障が出ないよう留意し、事業計画を立案する。 ・今後も、自己負担金の無料化を継続する。
--

評価計画

<ul style="list-style-type: none"> ・「対象者への通知実施率」は、特定健診未受診者における再勧奨通知送付数により評価する。 ・「特定健康診査受診率」は、法定報告値により評価する。
--

(1) - 2 特定保健指導事業（対応する健康課題＝C・D）

事業の目的	メタボリックシンドロームをはじめとする生活習慣病の発症を予防するため、特定保健指導実施率の向上を目指す。
対象者	特定健診結果をもとに階層化（動機付け支援、積極的支援）により抽出した人
現在までの事業結果	令和2年度以降、特定健診受診率は増加しているが、予約制の導入及び継続利用率の低下から特定保健指導実施率は低下している。

今後の目標値

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	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	23.1%	25.0%	26.5%	28.0%	29.5%	31.0%	32.5%
アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導実施率	3.1%	20.0%	26.0%	32.0%	38.0%	44.0%	50.0%

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

目標を達成するための主な戦略	特定健康診査当日に初回面接を実施することで、健康に対する意識が高いうちに特定保健指導の利用勧奨を実施する。ICTを用いたオンライン面接を実施し、利用者の利便性を図る。
----------------	---

現在までの実施方法（プロセス）

<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診受診者に、健診より約1か月後の結果送付時に利用勧奨通知を同封した。 ・ 医療機関での健診受診者に、特定健診等データ管理システムより利用券の発券後、勧奨通知を送付した。 ・ 毎週水曜午後に健康相談会を予約制で開催し、参加を促した。 ・ 希望者には訪問による指導を実施する体制を整備した。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査当日に初回面接を実施する。 ・ ICTを用いたオンライン面接を実施する。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

<ul style="list-style-type: none"> ・ 健康づくり担当課で特定保健指導を実施した。 ・ 担当職員は地区担当制とし、評価までを一貫して担当することで信頼関係を構築し途中離脱を防いだ。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関での健診受診者における特定保健指導対象者は、医療機関からの結果配布時に特定保健指導利用の意識付けを目的とした協力要請を行う。
--

⑭評価計画

<ul style="list-style-type: none"> ・ 「特定保健指導実施率」及び「特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率」は、法定報告値より評価する。

(1) - 3 生活習慣病重症化予防事業（対応する健康課題＝A・B）

事業の目的	健診結果より医療機関に受診が必要な方への受診勧奨及び受診後の生活習慣改善を目的とした保健指導を医療機関と連携しながら実施し、生活習慣病の重症化予防に取り組む。
対象者	集団健診受診者で、下記項目の未治療者で「収縮期血圧：150mmHg以上」「HbA1c：6.5%以上」「尿蛋白：2+以上」「eGFR：45ml/分/1.73m ² 未満」が1つ以上該当する方
現在までの事業結果	健診結果封筒に視覚的なインパクトの強い案内を同封した。また、指示動作を簡潔にした通知を作成した。医療機関からの情報提供書の返信率は50%前後で推移している。

今後の目標値

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	情報提供書返信率	50.0%	60.0%	60.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
アウトプット (実施量・率)指標	受診勧奨実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

目標を達成するための主な戦略	集団健診受診者に対しKDBを用いてレセプトを確認することで、未治療者であることを把握した上で受診勧奨を実施する。また、情報が読み取りやすい案内を送付する。市医師会へ事業についての説明を継続し、連携体制を維持し事業を実施する。
----------------	--

現在までの実施方法（プロセス）

- ・基準該当者に対し一人ひとりKDBシステムでレセプトを確認し、未治療者であることを確認した上で通知を送付した。
- ・健診結果封筒に医療機関に提出するオレンジ色の封筒を同封することで視覚的なインパクトを強くした。
- ・「オレンジ色の封筒を医療機関に持っていく」という指示動作を簡潔にした通知を作成した。
- ・健診から3ヶ月以内を目途に再勧奨通知を送付した。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- ・未治療者を確実に医療につなげるため、医師会との連携を強化する。
- ・勧奨資材については、現在の方法を維持するとともに、資材だけでは受診につながらなかった被保険者に対しては、訪問・電話等の介入について再検討する。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

- ・市医師会へ事業の説明を実施し、協力を依頼する。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

- ・今後も事業についての説明を丁寧実施し、市医師会との連携体制を継続する。

評価計画

- ・「受診勧奨実施率」は事業該当者に対し、受診勧奨通知を送付した割合とする。
- ・「情報提供書返信率」は、受診勧奨実施数に対し、医療機関より情報提供書の返信があった割合とする。

(1) - 4 国保30代健診事業（対応する健康課題=C）

事業の目的	40歳代から糖尿病・糖尿病予備群が増加(急増)することから、30歳代の若い世代への健診受診を促し、健康づくりの意識向上の一助とする。また、早期からの生活習慣病発症予防のため、内臓脂肪型肥満に着目し、特定保健指導に準じた保健指導を実施する。
対象者	30歳代の国保被保険者を事業該当者とする。また、集団健診受診者で「腹囲：男性85cm、女性90cm」「収縮期血圧：140mmHg以上」「BMI：25以上」「喫煙者」が1つ以上該当する者に、パンフレット等を用いて内臓脂肪型肥満に着目した当日の保健指導を実施する。
現在までの事業結果	令和2年度から事業を実施しており、受診者数は少しずつ上昇している。令和3年度からは医療機関での健診受診体制を整備した。令和5年度より自己負担金を無料化した。

今後の目標値

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	国保30代健診受診率	19.3%	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%
アウトプット(実施量・率)指標	内臓脂肪型肥満に着目した保健指導の実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

目標を達成するための主な戦略	国保30代健診対象者へ案内を送付する。集団健診において、30～50代の方が優先的に受診できる日程を設定し受診を促す。医療機関での受診体制を継続する。
----------------	--

現在までの実施方法（プロセス）

- ・30歳代の国保被保険者に健診事業を実施し、内臓脂肪型肥満の対象者には保健指導を実施することで、生活習慣改善の一助とした。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- ・事業を開始した令和2年度以降、受診率は少しずつ上昇しており、確実に案内を送付する。
- ・健診受診による生活習慣病発症予防等のメリットを周知していく。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

- ・国保主管課及び保健事業担当課が連携し、予算編成及び財源確保について協議した。
- ・これまでに市医師会と協議を重ね、個別健診の受診体制を構築した。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

- ・国保ヘルスアップ補助事業への申請及び市医師会との連携体制を継続する。
- ・実施状況や医師会からの意見等を聞きながら、より受診しやすい体制整備につなげる。

評価計画

- ・「内臓脂肪型肥満に着目した保健指導の実施率」は健診当日の保健指導担当者と連携し、確実に保健指導を実施する。
- ・「国保30代健診受診率」は、案内送付者数に対する健診受診者数により評価する。

(2) - 1 健康ポイント事業 (対応する健康課題=A・B・D)

事業の目的	脳血管疾患になる人及び重症化してから病院に受診する人が多いことから、市民が脳卒中予防に関心を持ち、運動習慣等の獲得により自主的な疾病予防・健康づくりの推進することで、脳血管疾患のリスク軽減を目的として実施する。
対象者	勝山市民及び市内に勤務する人
現在までの事業結果	コロナ禍においては、感染症予防（体温測定、手洗い等）に関する項目でポイント付与していたが、令和5年度はウォーキングメインでのポイント付与とし、事業内容をコロナ禍以前に戻した。

今後の目標値

指標	評価指標	目標値	
		2026年度 (R8)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	第5次勝山市健康増進計画（令和6年度策定）に準ずる 【事業の方向性】	—	—
アウトプット (実施量・率) 指標	運動及び減塩、脈の自己チェック等の脳卒中予防に関する健康行動を実践している人へ健康ポイントを付与する。また、脳梗塞の初期症状及び初期対応について普及啓発する。	—	—

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

現在までの実施方法（プロセス）

<ul style="list-style-type: none"> 市広報の発行と合わせ、記録用紙を全戸配布した。（令和元年度参加者415人、令和5年度参加者189人） 日々のウォーキングの実践や市が開催する健康に関する事業への参加、目標の設定、健診・がん検診の受診、誘い・誘われることでのポイント付与により、30日間で100ポイント達成することで市内協賛店のクーポン券と引き換えた。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

<ul style="list-style-type: none"> 福井大学准教授による運動情報に関する講演会を開催した。 健康づくり協定先企業と連携し、上記講演会で健康づくりコーナーを設けた。 協賛店を募集し、事業への協力体制を整え、クーポン券を発行した。 保健推進員、食生活改善推進員、高齢者連合会への参加依頼を実施した。
--

(2) - 2 後発医薬品使用促進事業

事業の目的	後発（ジェネリック）医薬品の使用を促進により、被保険者の医療費負担の軽減や医療費適正化を図る。
対象者	国民健康保険被保険者及び使用している先発医薬品から後発医薬品に切り替えることで、一定額以上の自己負担額の軽減が見込まれる被保険者
現在までの事業結果	通知及び広報等を通じ、後発医薬品使用による個人負担軽減や全体医療費抑制や、後発医薬品の安全性や利点等を紹介し、使用割合を上げる啓発を実施した。使用割合は県と比較し、約1%程度低い状態である。

今後の目標値

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	後発医薬品使用率	78.6%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
アウトプット(実施量・率)指標	対象者への差額通知実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・年4回の後発医薬品差額通知の送付、後発医薬品の意義等について記載されたパンフレットや後発医薬品希望シールの配布、広報誌・ホームページを活用した広報を実施する。 ・勝山市後発医薬品使用促進計画における後発医薬品使用率80%以上を目指す。
----------------	---

(2) - 3 適正受診・適正服薬促進事業

事業の目的	重複・頻回受診者、多剤投与者等への適正受診勧奨を通じて、健康被害の防止及び医療費適正化を図る。
対象者	【重複服薬】 同一月に同一薬効の医薬品を複数機関から処方されている被保険者 【多剤服薬】 同一月に薬剤を複数機関から一定数処方されている被保険者
現在までの事業結果	通知及び広報等を通じ、重複・多剤服薬による健康被害を防止する内容について掲載し、周知・啓発を実施した。また、健康被害のリスクが高い対象者には個別に訪問・指導等を実施した。

今後の目標値

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	重複投与者数(対被保険者1万人)	60人	58人	58人	57人	57人	56人	56人
	多剤投与者数(対被保険者1万人)	15人	14人	14人	13人	13人	12人	12人
アウトプット(実施量・率)指標	対象者へ通知・指導実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・医療費通知に重複服薬や同一薬剤使用等の危険性を避けるためにお薬手帳を1冊にまとめ、かかりつけ医や薬剤師への相談することについて掲載し、周知・啓発を実施する。 ・健康被害のリスクが高いと想定される対象者には個別に訪問・指導等を実施する。
----------------	---

※②-2・3の事業とも普及啓発及び効果的な服薬指導が行えるよう、勝山市医師会、勝山市薬剤師会とさらなる効果的な連携体制を検討します。

第6章 個別の保健事業及び個別の保健事業の評価に基づくデータヘルス計画の評価・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ます。

目標の達成状況が想定に達していない場合は、実施方法（プロセス）や実施体制（ストラクチャー）が適切であったか等確認の上、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、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ます。

(2) 個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画全体の評価・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、本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、本市国民健康保険運営協議会及び国民健康保険団体連合会に設置する保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けながら、PDCAサイクルにより必要に応じて見直しを行います。

第7章 計画の公表・周知

本計画は、本市国保被保険者及び保健医療関係者等に対し、全文を本市ホームページ等に掲載し、公表・周知します。

第8章 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、ガイドライン及び勝山市個人情報保護条例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契約書に定めるとともに、委託先に対して保険者が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。

第9章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

被保険者が住み慣れた地域で安心安全に暮らすことが出来るよう、地域包括ケアの充実を図り、地域の実態把握や課題分析を関係機関と共有し、連携を図りながら事業を推進します。

また、令和4年度からは、後期高齢者医療広域連合から委託を受け、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を開始し、後期高齢者保健事業と国民健康保険保健事業、介護予防事業の切れ目のない支援に取り組んでいます。

第 10 章 第 4 期勝山市特定健康診査等実施計画

1. 特定健康診査・特定保健指導の目標値

①特定健診・特定保健指導の位置づけ

特定健診・特定保健指導は高齢者の医療の確保に関する法律第 20・24 条により平成 20 年度から医療保険者に特定健康診査等実施計画の策定が求められています。

②第 3 期特定健康診査等実施計画における目標及び実績

特定健康診査の受診率

	H30	H31	R2	R3	R4	R5
目標	40%	45%	50%	55%	60%	60%
実績	40.2%	40.4%	33.2%	38.5%	41.0%	—

特定保健指導の実施率

	H30	H31	R2	R3	R4	R5
目標	55%	56%	57%	58%	59%	60%
実績	20.7%	21.6%	13.2%	7.0%	3.1%	—

③第 4 期特定健康診査等実施計画における目標

国民健康保険の保険者は高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条に基づき、国の定める特定健康診査等基本指針において、特定健康診査・特定保健指導を実施し、令和 11 年度における特定健康診査実施率（受診率）を 60.0%以上、特定保健指導実施率を 60.0%以上、特定保健指導対象者の減少率（平成 20 年度比）25.0%以上を達成できるように求められています。

本市においては、現状の市及び県の実績値を踏まえ、実現の可能性を考慮し、各年度の目標値を設定します。

第 4 期計画の特定健康診査の目標受診率・特定保健指導の目標実施率

	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R11 (国基準)
特定健康診査 受診率	42.5%	44.0%	45.5%	47.0%	48.5%	50.0%	60.0% 以上
特定保健指導 実施率	20.0%	26.0%	32.0%	38.0%	44.0%	50.0%	60.0% 以上

2. 特定健康診査・特定保健指導の対象者

①特定健康診査

特定健診は、勝山市国保の被保険者のうち、実施年度中に40歳から75歳となる方（75歳未満の方に限る。）で、年度途中での加入・脱退等の異動のない方を対象に実施します。ただし、妊産婦、刑務所入所中、海外在住、長期入院等、厚生労働省告示で定める除外規定に該当する方は除きます。対象者数の見込み及び受診者数目標は次表のとおりです。

特定健診対象者・受診者数（推計）

		年齢	R6	R7	R8	R9	R10	R11
対象者数	男性	40～64歳	561人	524人	516人	497人	480人	465人
		65～74歳	1,145人	1,025人	881人	774人	670人	587人
	女性	40～64歳	481人	455人	408人	379人	364人	345人
		65～74歳	1,247人	1,110人	1,004人	885人	768人	680人
	小計	40～64歳	1,042人	979人	924人	876人	844人	810人
		65～74歳	2,392人	2,135人	1,885人	1,659人	1,438人	1,267人
	計		3,434人	3,114人	2,809人	2,535人	2,282人	2,077人
受診率（目標値）			42.5%	44.0%	45.5%	47.0%	48.5%	50.0%
受診者数	男性	40～64歳	162人	160人	167人	169人	172人	175人
		65～74歳	518人	481人	428人	390人	350人	317人
	女性	40～64歳	167人	166人	155人	151人	152人	150人
		65～74歳	612人	564人	527人	481人	431人	394人
	小計	40～64歳	329人	326人	322人	320人	324人	325人
		65～74歳	1,130人	1,045人	955人	871人	781人	711人
	計		1,459人	1,371人	1,277人	1,191人	1,105人	1,036人

②特定保健指導

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健診を受診した結果、腹囲、血糖値等が所定の値を上回る方のうち、糖尿病、高血圧症、脂質異常症の薬剤治療を受けていない方を対象とします。階層化の方法は次表のとおりです。

特定保健指導の対象者（階層化）

腹囲	追加リスク	喫煙歴	対象	
	①血糖②脂質③血圧		40～64歳	65～74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 ≥25kg/m ²	3つ該当	/	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

BMI(体格指数) = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)

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 100mg/dl 以上またはHbA1c5.6%以上(空腹時血糖の判定値を優先)

②脂質:空腹時中性脂肪 150mg/dl 以上(やむを得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 130 mm Hg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上

④喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する。

※質問票において、「以前は吸っていたが最近1か月は吸っていない」場合は、「喫煙なし」として扱う。

各年度における特定健診の受診者に対する特定保健指導対象者数の見込みは次表のとおりです。

特定保健指導対象者数（推計）

		年齢	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
動機付け 支援	男性	40～64歳	12人	12人	12人	13人	12人	13人	
	女性	40～64歳	3人	3人	3人	3人	3人	3人	
	小計			15人	15人	15人	16人	15人	16人
	男性	65～74歳	69人	64人	57人	52人	47人	42人	
	女性	65～74歳	27人	25人	23人	21人	19人	17人	
	小計			96人	89人	80人	73人	66人	59人
計			111人	104人	95人	89人	81人	75人	
積極的 支援	男性	40～64歳	21人	21人	22人	22人	23人	23人	
	女性	40～64歳	6人	5人	5人	5人	5人	5人	
	小計			27人	26人	27人	27人	28人	28人
総計			138人	130人	122人	116人	109人	103人	
実施率（目標値）			20.0%	26.0%	32.0%	38.0%	44.0%	50.0%	
実施者数			28人	34人	39人	44人	48人	52人	

3. 特定健康診査・特定保健指導の実施方法

特定健診の受診は、各年度1人1回とし、次表内容で実施します。

特定健康診査の実施方法

	医療機関健診	集団健診
①実施場所	市内医療機関	福祉健康センター「すこやか」
②実施期間	毎年6月～翌年2月	
③外部委託先	勝山市医師会	健診委託期間
④契約形態	単年度集合契約	単年度個別契約
⑤自己負担額	無料	
⑥受診券送付時期	5月	
⑦実施項目	基本的な健診項目に加え、厚生労働省が示す一定の基準を満たしたものでかつ医師が認めた場合にのみ実施する詳細な健診項目についても、受診者全員に実施する ア 基本的な健診の項目 イ 詳細・追加健診の項目	
⑧周知方法等	対象者への目立つ健診案内の送付、がん検診との同時実施、日曜健診の実施、市ホームページ、広報かつやまおしらせ版、受診勧奨通知の送付、保健推進員・食生活改善推進員などの地区組織と連携	

ア 基本的な健診の項目

項目	備考
既往歴の調査	服薬歴、喫煙習慣の状況に係る調査（質問票）を含む
自覚症状及び他覚症状の有無	理学的検査（身体診察）
身体計測	身長、体重、腹囲、BMI
血圧測定	収縮期血圧、拡張期血圧
肝機能検査	GOT (AST)、GPT (ALT)、 γ -GTP (γ -GT)
血中脂質検査	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 中性脂肪が400 mg/dl 以上又は食後採血の場合、LDL コレステロールに代えてnon-HDL コレステロールの測定でも可
血糖検査	空腹時血糖、HbA1c
尿検査	尿糖、尿蛋白

イ 詳細・追加健診の項目

項目	備考
貧血検査	ヘマトクリット値、血色素量、赤血球数
心電図検査	12誘導心電図
眼底検査	—
血清クレアチニン検査	eGFRによる腎機能検査を含む
尿酸検査	尿酸

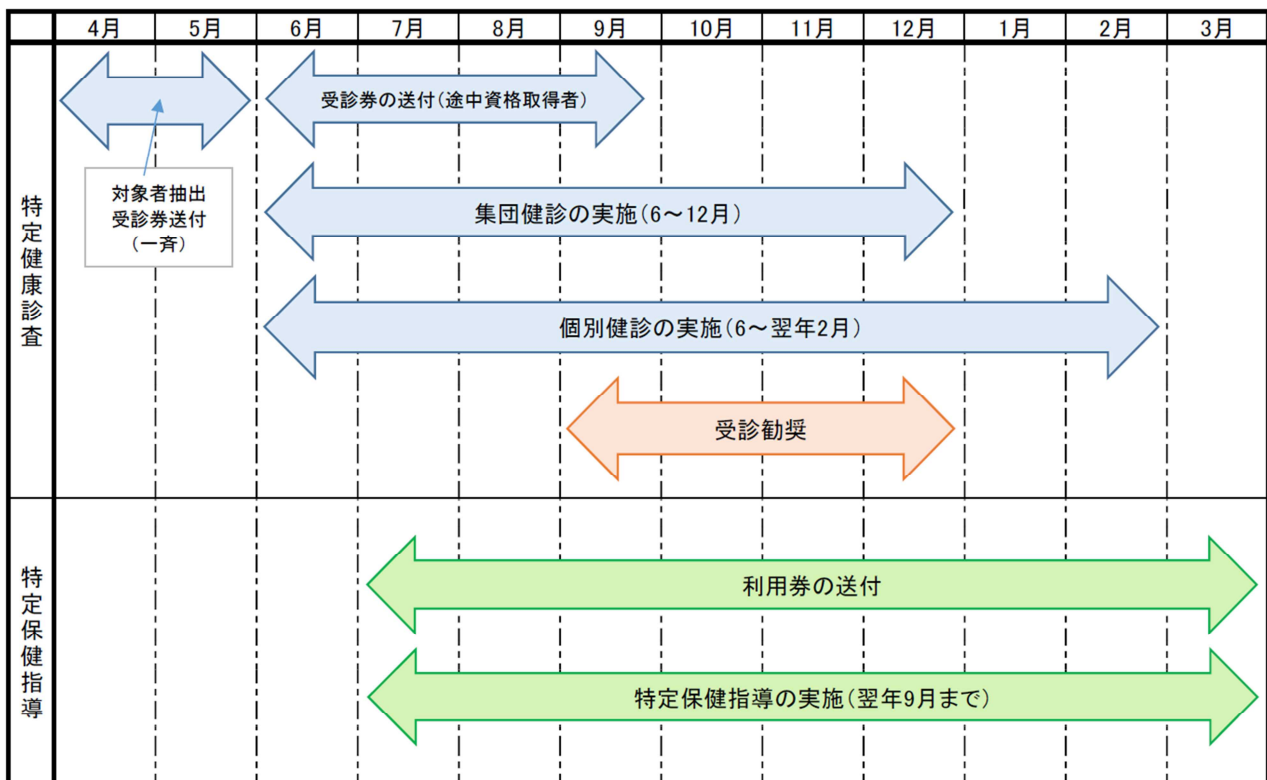
特定保健指導は、特定健康診査の結果に応じて、保健師・管理栄養士等がメタボリックシンドロームや生活習慣病の予防・改善に必要な食事や運動などに関する情報提供を行い、生活習慣の改善を支援するため、次表のとおり実施します。

特定保健指導の実施方法

①実施場所	福祉健康センター「すこやか」、対象者宅 ※オンラインでの面接等も対応し、受診者の利便を考慮する。
②実施期間	通年
③委託の有無	無し（直営で実施）
④実施方法	初回面接：個別面接 継続支援・実績評価：個別面接、電子メール、電話等
⑤自己負担額	無料
⑥対象者への通知時期	集団健診受診者：受診日より約1か月の結果送付時に通知を同封 集団健診受診者以外：受診月の3か月後を目途に通知
⑦実施項目 【動機付け支援】	<p>ア. 動機付け支援</p> <p>【支援形態】</p> <p>初回面接による支援のみの原則1回とする。</p> <p>○初回面接</p> <p>一人当たり20分以上の個別支援を行う。</p> <p>【実績評価】</p> <p>○3か月以上経過後の評価</p> <p>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み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。</p> <hr/> <p>イ. 積極的支援</p> <p>【支援形態】</p> <p>初回面接による支援を行い、その後、3か月以上の継続的な支援を行う。</p> <p>○初回面接</p> <p>一人当たり20分以上の個別支援を行う。</p> <p>○3か月以上の継続的な支援</p> <p>個別支援（ICT含む）、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。</p> <p>【実績評価】</p> <p>○3か月以上経過後の評価</p> <p>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。</p>

	アウトカム評価	
	主要達成目標	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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)
	プロセス評価	
	<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)、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 	

特定健康診査及び特定保健指導の年間の実施スケジュールは、次のとおりです。



用語説明 (50音順)

【 あ行 】

◆ ICT の活用 (p. 8)

インターネットやパソコン・スマートフォンなどの情報伝達技術を使ってコミュニケーションできる技術を活用すること。

◆ eGFR (推算糸球体 (しきゅうたい) 濾過値) (p. 27)

血液検査で現時点でどのくらいの腎機能が残っているかを示す値。血清クレアチニン値、年齢、性別から推算するもので、多くの医療施設で腎臓の機能を表す値として使用されている。

◆ HDL-コレステロール (p. 42)

余分なコレステロールを回収して動脈硬化を抑える、善玉コレステロールのこと。

◆ LDL-コレステロール (p. 42)

悪玉コレステロールのこと。

【 か行 】

◆ KDB (国保データシステム) (p. 4)

PDCA サイクルに沿ったデータヘルス計画の策定や実施等を支援するため、開発されたデータベースシステム。国保連合会が保有する健診・医療・介護の各種データを利活用して、統計情報や個人の健康に関するデータを作成し、保険者に提供されている。

◆ 後発 (ジェネリック医薬品) (p. 19)

「新薬 (先発医薬品)」の特許が切れたあとに販売される、新薬と同じ有効成分・品質・効き目・安全性が同等であると国から認められた薬のこと。新薬に比べ開発費が抑えられるために、新薬より低価格な薬である。

◆ 健康寿命 (p. 1)

心身ともに健康で活動的に自立して生活できる期間。

【 さ行 】

◆ すこやか勝山 12 か条 (p. 7)

第4次健康増進計画で、健診受診や運動、食事等について設定した市民行動目標。

◆ GPT (p. 27)

グルタミン酸ピルビン酸トランスアミナーゼとも呼ばれており、肝臓に多く存在する酵素のこと。

【 た行 】

◆ 特定健診 (p. 5)

40歳以上74歳未満の方にターゲットを絞ってメタボリックシンドローム該当者・予備群を減少させ、動脈硬化が原因となる生活習慣病を予防することを目的とする健診。

◆ 特定保健指導 (p. 8)

特定健診結果によりメタボリックシンドローム、もしくは予備群に該当された方を対象に、保健師・管理栄養士等が健康状態の正しい理解を促し、生活習慣改善のための行動目標を自ら設定・実施できるように支援すること。

【 な行 】

◆ 脳血管疾患 (p. 15)

脳の動脈硬化が進み、脳の血管が詰まったり破れたりする病気の総称。

【 は行 】

◆ PDCA サイクル (p. 1)

P l a n (計画) -D o (実行) -C h e c k (評価) -A c t (改善) C y c l e の4段階を繰り返すことによって業務を継続的に改善するもの。

◆ 平均寿命 (p. 9)

その年の男女各年齢の死亡統計から割り出した、0歳児が生きられる年数の予想平均値。

◆ HbA1c (ヘモグロビンエーワンシー) (p. 5)

血中のヘモグロビン (Hb) と血中ブドウ糖と結合したものであり、特定健診において糖尿病である可能性があるかを判別する数値。日本糖尿病学会によると、HbA1cが6.0%~6.5%未満の場合に「糖尿病が否定できない」、6.5%以上の場合に「糖尿病を強く疑う」と診断される。

◆ FAST (ファスト) (p. 7)

Face (顔)・Arm (腕)・Speech (言葉)・Time (時間) の頭文字とした、脳卒中の可能性が高いと考えられる初期症状及び行動すべき初期対応のこと。

◆ ベジ・ファースト (p. 7)

食事の際に最初に野菜料理を食べ始める食事の摂り方。食後の血糖値の上昇を緩やかにし、糖尿病や肥満等の生活習慣病予防に効果的とされている。

◆ 平均自立期間 (p. 9)

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す。

◆ 標準化死亡比 (p. 9)

年齢構成比の異なる集団と死亡率を比較するための指標である。年齢構成を調整し、全国値を100として地域比較を行うことができる。実際の死亡数と期待(予測)される死亡数の比。※本計画では主に生活習慣病により引き起こされる項目について掲載。

勝山市国民健康保険

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月策定】

勝山市市民課 国保年金係

勝山市健康体育課 健康増進係

〒911-0035 福井県勝山市元町1丁目1番1号

0779-88-8102 (直通ダイヤル) 市民課

0779-87-0888 (直通ダイヤル) 健康体育課