

川口市国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第4期特定健康診査等実施計画)
令和6年度～令和11年度

令和6年3月
川口市

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

1. 背景・目的
2. 計画の位置付けと基本的な考え方
3. 計画期間
4. 関係者が果たすべき役割と連携
 - 1) 市町村国保の役割
 - 2) 関係機関との連携
 - 3) 被保険者の役割
5. 保険者努力支援制度

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化…10

1. 市の概要
2. 保険者の特性
3. 第2期計画に係る評価及び考察
 - 1) 第2期計画に係る評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
 - 3) 第2期計画目標の達成状況一覧
 - 4) 第2期計画に係る考察
4. 第3期計画における健康課題の明確化
 - 1) 基本的な考え方
 - 2) 健康課題の明確化
 - 3) 目標の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……39

1. 第四期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報の保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業44

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

1. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
2. 糖尿病性腎症重症化予防
3. 循環器疾患(虚血性心疾患・脳血管疾患)重症化予防

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. 発症予防

V. ポピュレーションアプローチ

VI. その他

第5章 計画の評価・見直し68

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い69

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料70

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」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事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、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。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(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}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・改善等を行うことが求められています。

またその後、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、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)^{※3}」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みの推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※4}2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該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正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

このような国の動きや本市の課題等を踏まえ、本市では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

※1 日本再興戦略:我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと(H25.6 閣議決定)

※2 PDCA サイクル:P(計画)→D(実施)→C(評価)→A(改善)を繰り返し行うこと

※3 経済財政運営と改革の基本方針:政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性とその方向性を示すもの

※4 新経済・財政再生計画 改革行程表:新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応と KPI(重要業績評価指標)、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期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、保険者が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表1)

本市においては「第5次川口市総合計画」の下位に位置付けられています。また、健康増進法に基づく「健康日本21」に示された基本的な方針を踏まえるとともに、川口市健康増進計画「健康・生きがいづくり計画」等、他の関連計画と調和を図っています。(図表2)

また、「特定健診等実施計画」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ることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画(データヘルス計画)の対象者は、被保険者全員とします。

さらに「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高確法に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表3・4・5・6)

本市では以上のことを踏まえ、国保データベース(KDB^{※6})を活用し、特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

※5 標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)において中長期的な目標疾患は、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少を用いている。(図表4参照)

なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

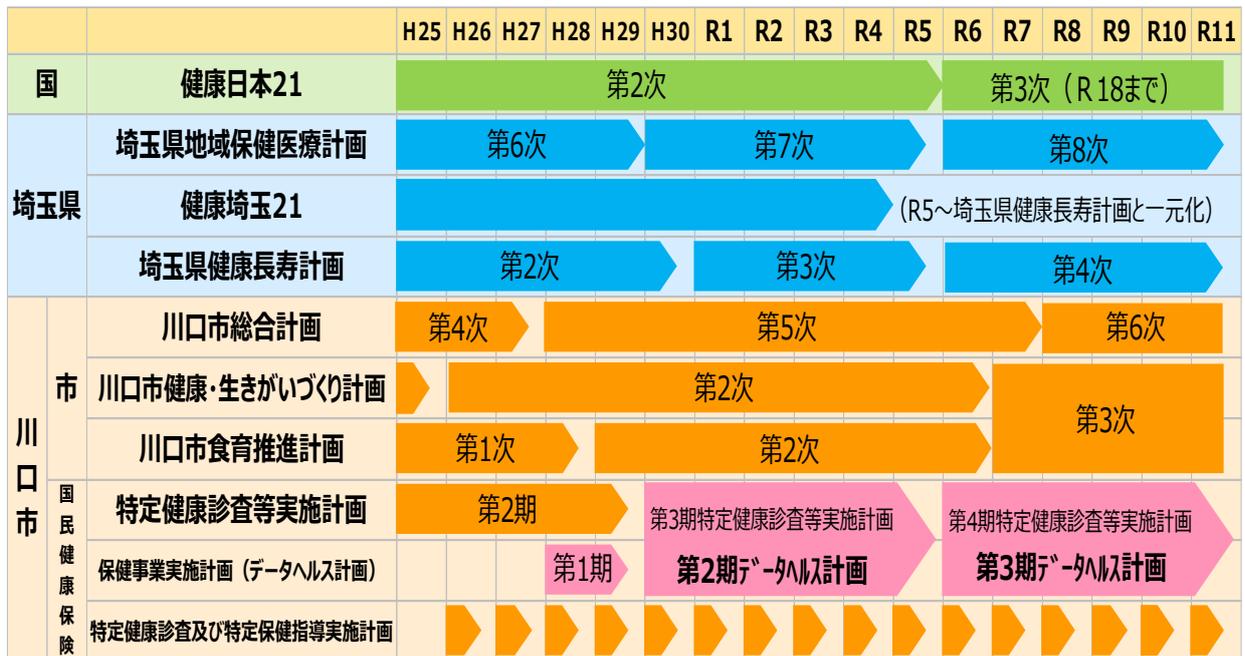
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024年~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用し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 めの保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給 付等サービス提供体制の確 保及び地域支援事業の計 画的な実施を図る。 保険者機能強化 高齢者の自立支援・重度 化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳~74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能低下、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 子ども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後継品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④産産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

※各種計画書の中の赤枠で囲った部分は、共通の対象疾患であり生活習慣病である。

図表 2 川口市計画の位置付け

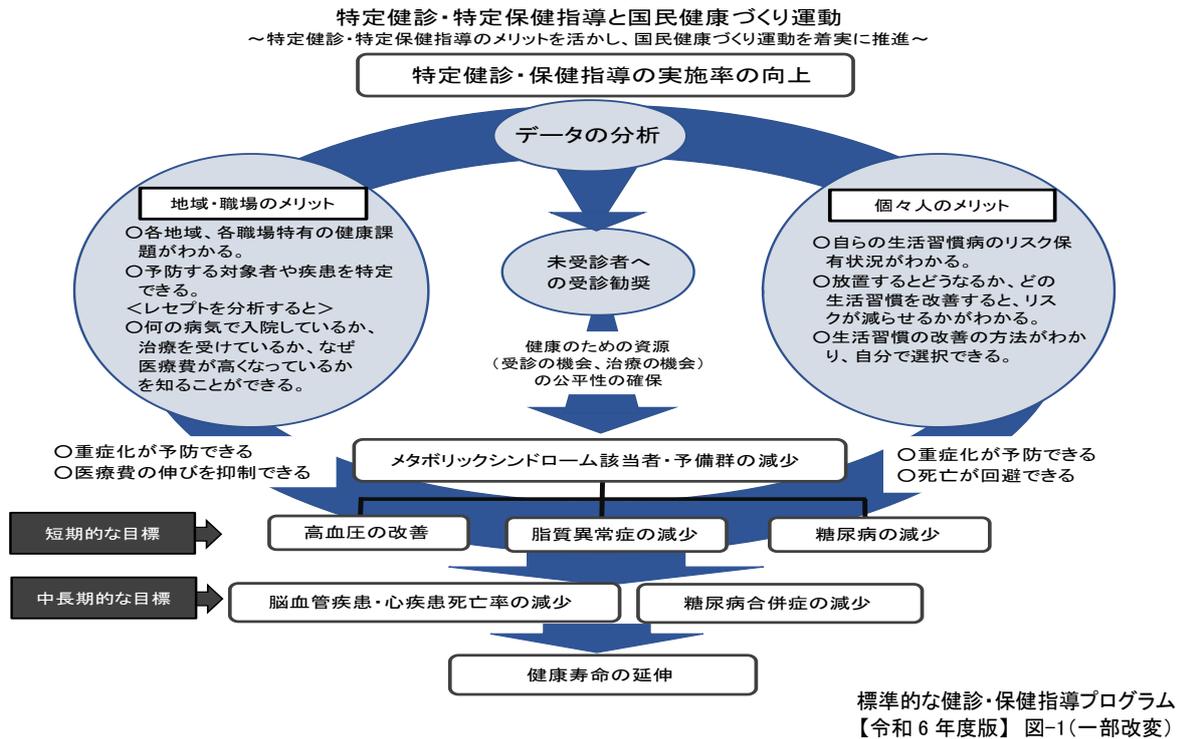


図表 3 標準的な健診・保健指導プログラム(H30 年度版)における基本的な考え方(一部改変)

老人保健法		最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)	高齢者の医療を確保する法律	
	かつての健診・保健指導			現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	<p>行動変容を促す手法</p>		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導			結果を出さず保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療			内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供			自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者			健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導			健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数			アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者	

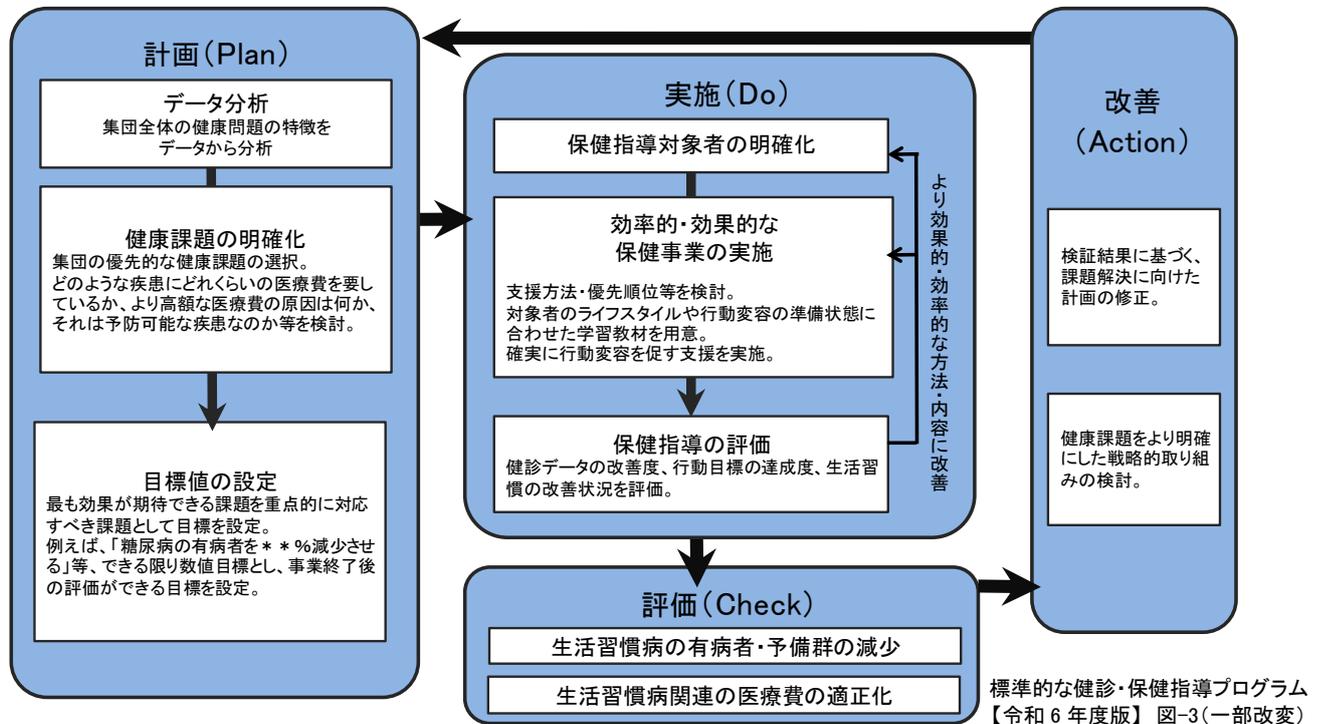
注)内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考え方を整理。
(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

図表 4 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



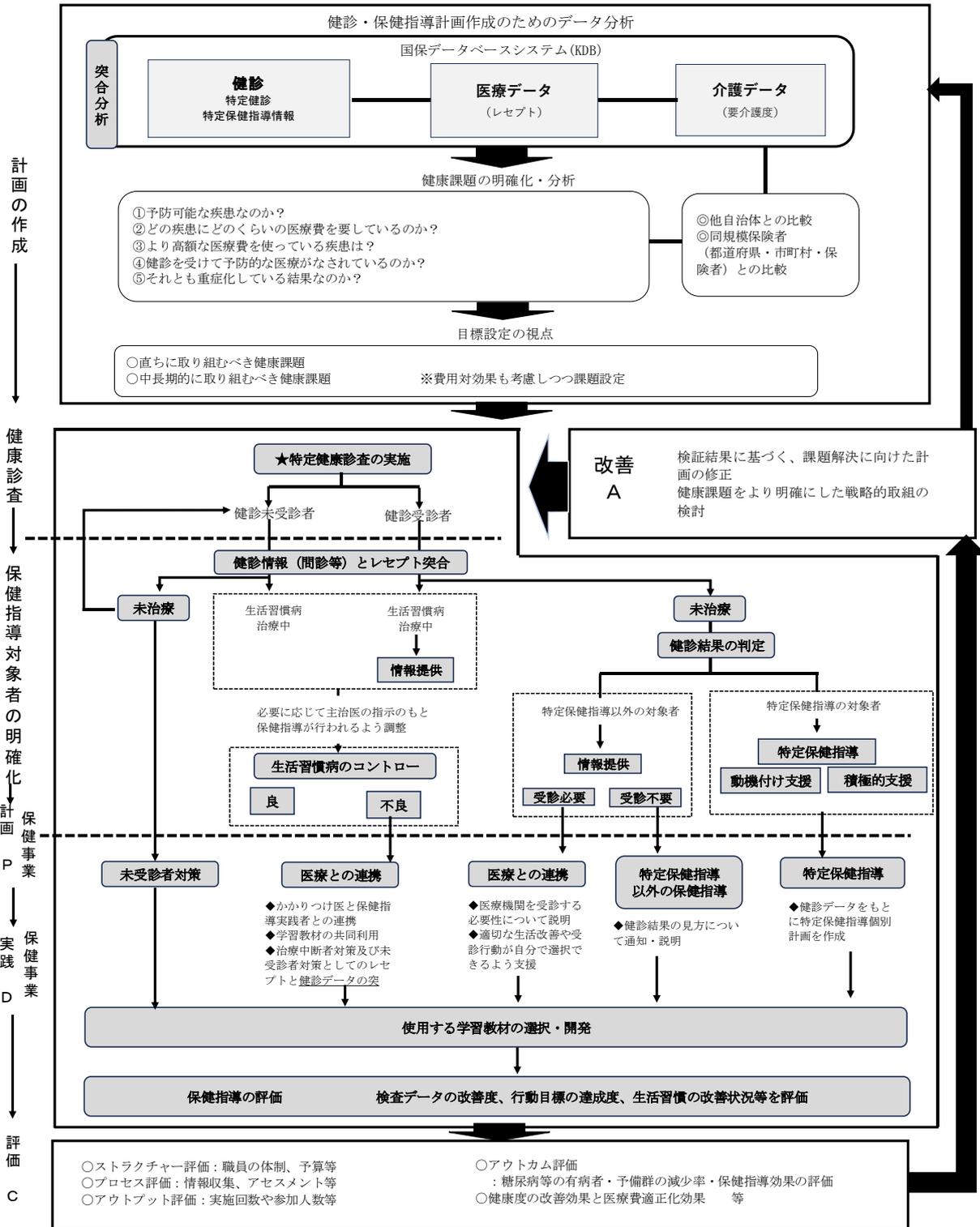
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 5 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



注)生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながら PDCA(計画(Plan)、実施(Do)、評価(Check)、改善(Actin))サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

図表 6 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)



注)生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(イメージ)を具体的な実践の流れでまとめたもの。

3. 計画期間

計画の期間については、国指針第 5 の 5 において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、他の保健医療関係の法定計画との整合性を図る観点から、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

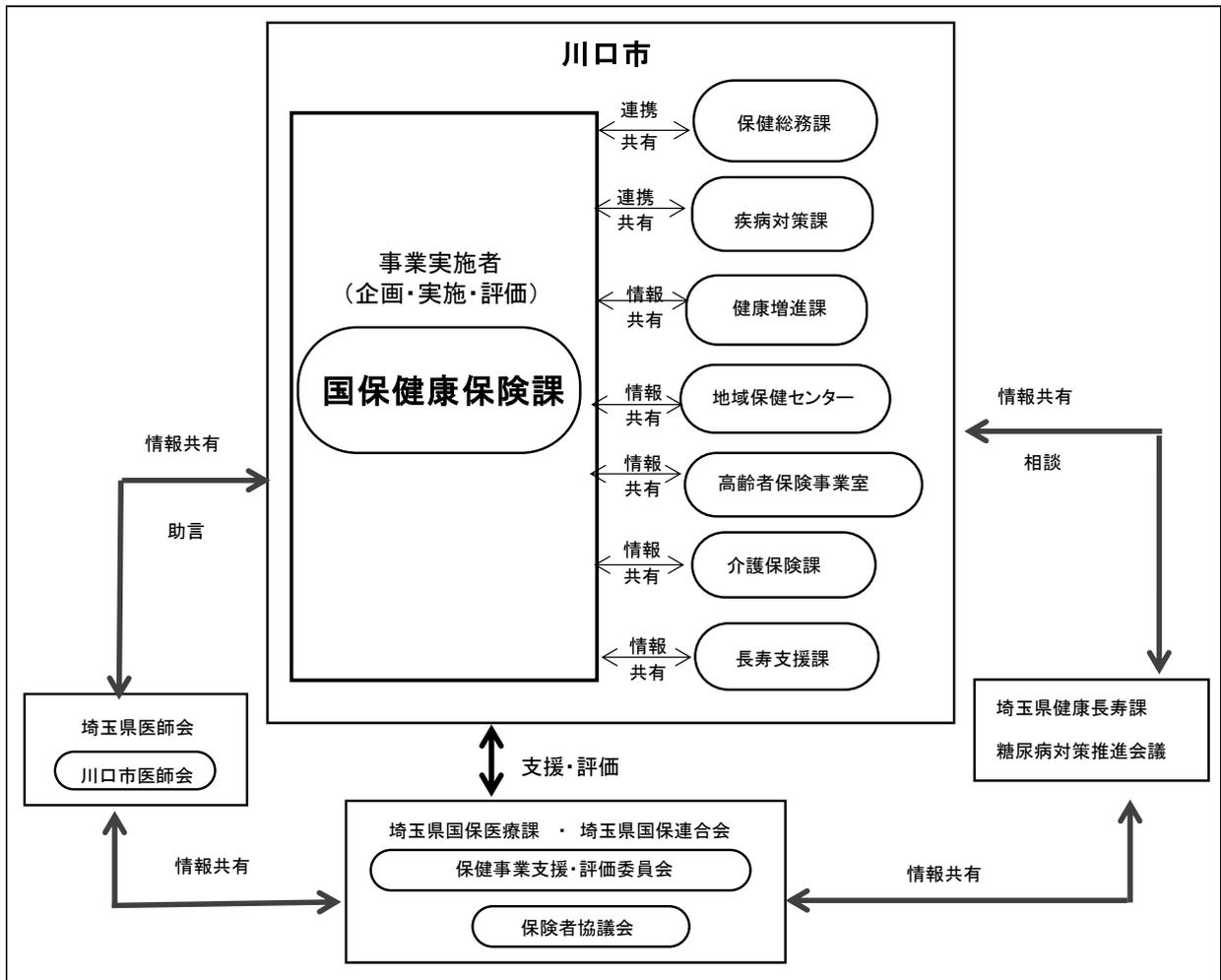
1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、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し、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、保健総務課、疾病対策課、健康増進課、地域保健センター、高齢者保険事業室、介護保険課、長寿支援課とも十分連携を図ることとします。

さらに、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、担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。（図表 7）

図表7 川口市の実施体制図



2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となる。

計画の策定等を進めるにあたっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力します。

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、国民健康保険運営協議会等の場を通じて、議論に参加してもらうことなどで意見反映に努めていきます。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成30年度より本格的に実施されています。(図表8)

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする(事業費分・事業費連動分)保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表8 保険者努力支援制度評価指標(川口市分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点			
交付額(万円)		1億9,570	配点	1億9,693	配点	2億1,194	配点		
全国順位(1,741市町村中)		1194位		1178位		861位			
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70	
		(2)特定保健指導実施率	0	70	20	70	65	70	
		(3)メタリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	35	40	20	40	20	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	105	120	100	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	20	90	15	45	20	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	50	50	50	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	110	130	80	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	20	100	35	100	35	100
		②	データヘルス計画の実施状況	38	40	30	30	25	25
③		医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施	10	30	0	40	27	40	
⑤		第三者求償の取組	29	40	26	50	31	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	73	95	85	100	88	100	
合計点		495	1,000	516	960	556	940		

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 市の概要

(1)立地環境と人口集積

本市は、北は県庁所在地であるさいたま市に、南は首都東京に隣接し、埼玉県南の玄関口として都心から10～20km圏内に位置しています。また国道122号や東北自動車道、首都高速川口線が南北に縦断し、東京外かく環状道路が東西を横断しています。さらに、鉄道は、ほぼ三角形を形成するようにJR京浜東北線・JR武蔵野線・埼玉高速鉄道が通っており、経済活動や市民生活の面で利便性の高い立地環境となっています。

かつて川口駅周辺に鋳物工場が集中していましたが、昭和40年代後半の第一次オイルショックの後、工場の移転や廃業が相次ぎ、その工業跡地には、都心へのアクセスの良さからマンションが建設され、さらに市街地は川口駅前から郊外に広がっていきました。このようなこともあり、川口市はベッドタウン化が進み、人口が集積してきました。そうした中、外国人が年々増加し、人口のおよそ6.7%を占めるまでとなり、県内1位、全国の市区町村では3番目に位置しています。

また、荒川・芝川・見沼代用水などの水辺空間や、安行台地、見沼田んぼ、緑農地などの首都圏における貴重な緑地空間などがあり、豊かな水と緑の資源を有しています。

図表9 川口市の位置



(2)地域資源状況

健康に関する地域資源の主なものとして図表 10 があげられます。

図表 10 地域資源一覧

名称	内容等	
町会・自治会数	19地区・231町会	令和4年10月1日現在
老人クラブ数(会員数)	178団体(11,541人)	令和5年3月20日現在
医療機関数	病院(20)・診療所(339)・歯科(279)	令和5年3月20日現在
認知症サポーター	22,317人(延べ人数)	令和元年度実績
健康長寿サポーター	991人	令和5年2月現在
食生活改善推進員(支部数)	372人(30支部)	令和5年4月現在

※「地域資源の状況」は、被保険者の健康や生活を支えている、または今後連携が期待される、住民組織、民間企業や団体、保健医療福祉関係者、その他の関係機関やその活動状況などを記載する。

図表 11 川口市の地域区分図



(3)人口・死亡・平均寿命と健康寿命

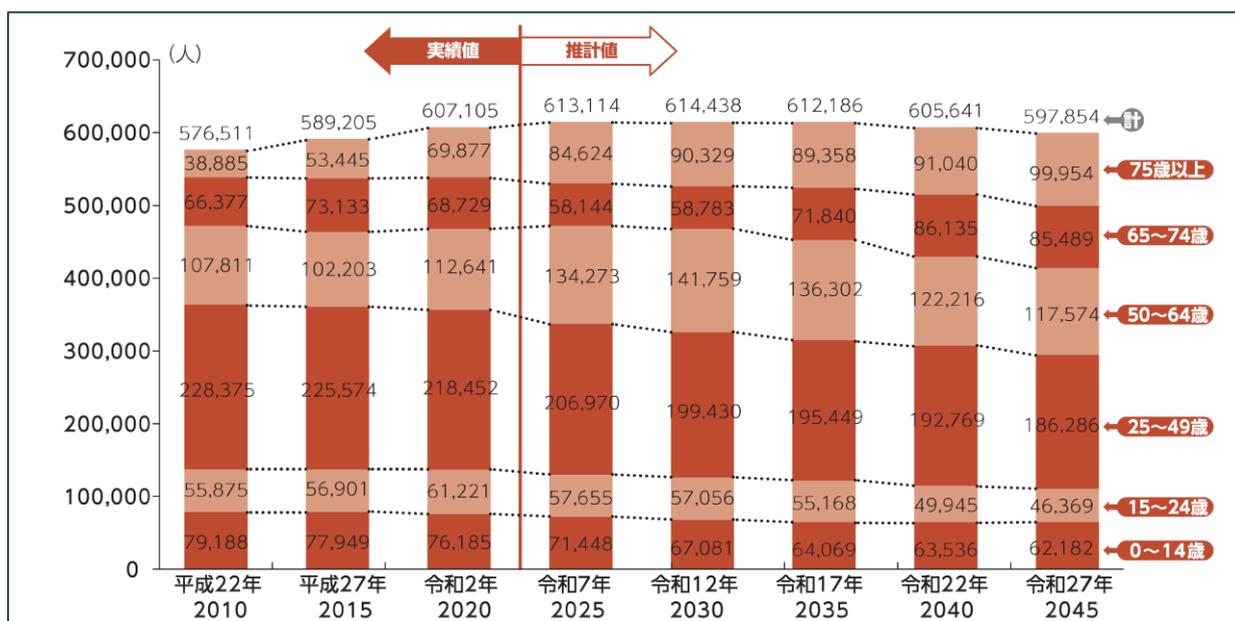
本市の人口は、令和 12 年をピークに減少に転じ、令和 27 年には 60 万人を割り込むと推計されます。(図表 12)

本市の平成 25～29 年の標準化死亡比(SMR)をみると、総死亡が全国平均を大幅に上回っており、特に心疾患による死亡率が男女ともに埼玉県より高くなっています。男性では腎不全による死亡率も高くなっています。(図表 13)

平均寿命は、平成 30 年度と比較すると、男性が 0.34 延伸し 80.81 年、女性が 0.26 延伸し 86.98 年となっています。また、男女ともに埼玉県平均より低い状況が続いています。(図表 14)

また、65 歳健康寿命は、平成 30 年と比較すると男女ともに延伸し、男性は 17.22 年、女性は 20.42 年となっています。平均寿命と同様に埼玉県平均よりも低い状況が続いています。(図表 15)

図表 12 年代別人口推計



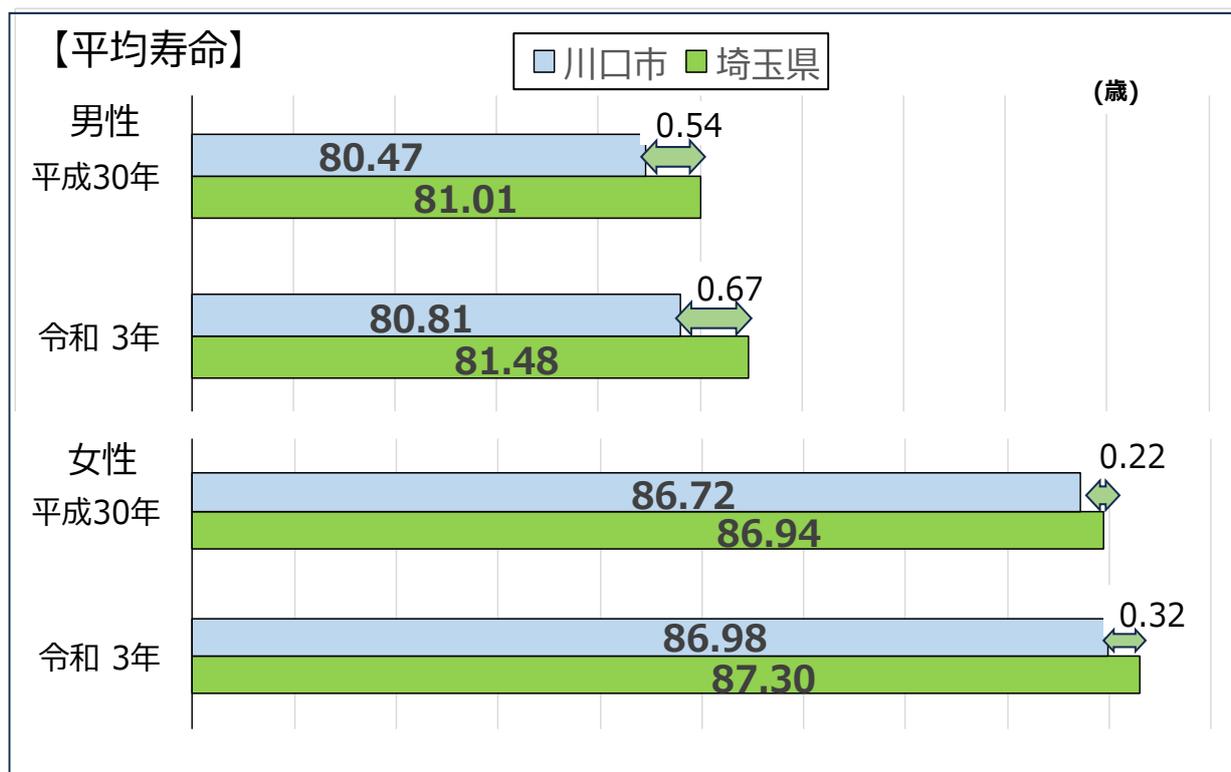
出典：第 5 次川口市総合計画 後期基本計画

図表 13 標準化死亡比(SMR)の比較

	年度	総死亡	心疾患			脳血管疾患			腎不全	
			全体	急性心筋梗塞	心不全	全体	脳出血	脳梗塞		
男性	川口市	H20～H24	107.7	123.0	85.4	82.4	112.2	90.9	109.4	92.4
		H25～H29	108.6	122.7	76.2	85.2	100.1	94.3	108.1	108.8
	埼玉県	H25～H29	99.8	110.0	109.1	91.9	100.1	92.6	98.2	101.4
女性	川口市	H20～H24	109.0	126.7	106.9	101.3	109.6	92.0	108.3	105.4
		H25～H29	106.2	118.7	85.3	96.0	100.8	92.1	100.9	98.4
	埼玉県	H25～H29	104.2	114.0	120.6	105.4	100.7	95.5	102.6	103.2

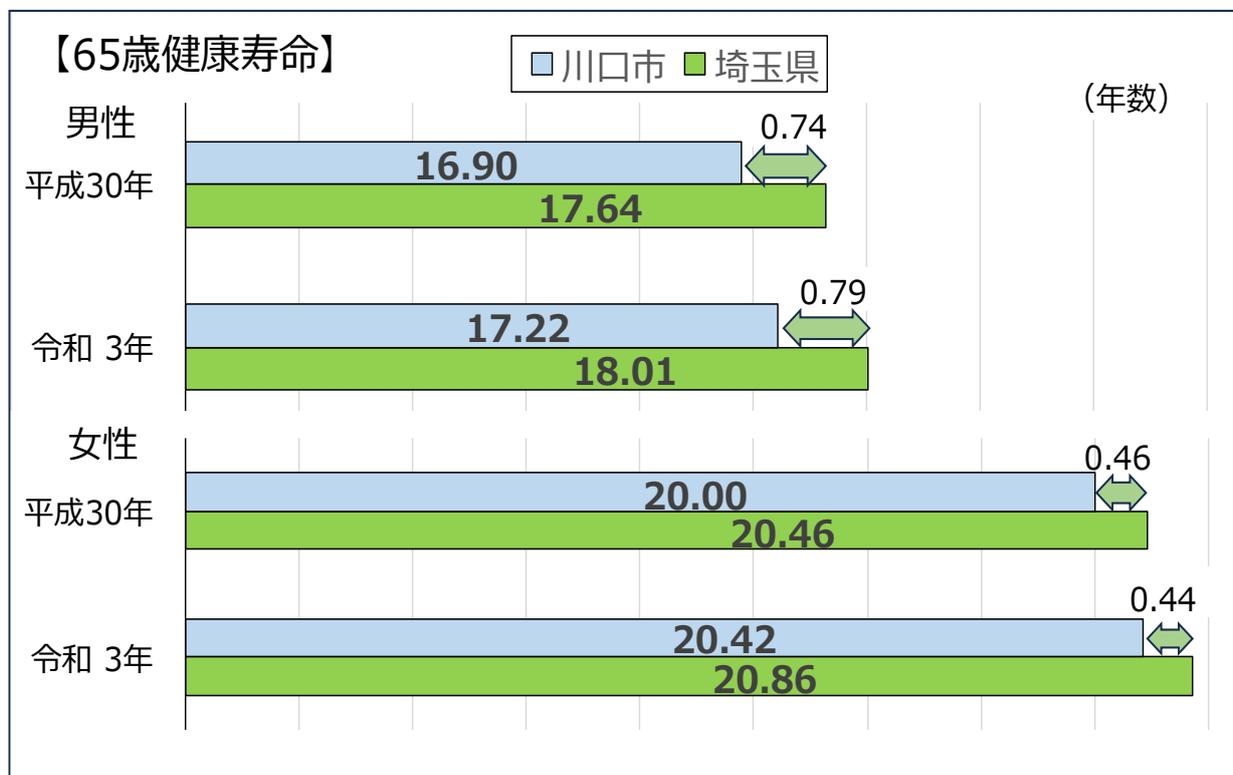
出典：人口動態特殊報告

図表 14 平均寿命の経年比較



出典: 埼玉県衛生研究所

図表 15 65歳健康寿命の経年比較



出典: 埼玉県衛生研究所

2. 保険者の特性

本市は人口約 60 万人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 23.6%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は低く、国保被保険者の平均年齢も 49 歳と同規模と比べて若く、出生率も高い市で財政指数も高くなっています。産業においては、第 3 次産業が 74%と県・国より高くサービス業の割合が多い、被保険者の生活習慣及び生活リズムが不規則である可能性が高いため、特に若い世代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表 16)

市内には 20 か所の病院、326 の診療所があり、これはいずれも同規模と比較すると少ないが、首都東京に隣接し、都心から 10～20km 圏内に位置しており、通院するための交通の便もいいことから、医療資源には恵まれているが、外来患者数及び入院患者数は、同規模と比較しても低い傾向にあります。(図表 17)

次に、国民健康保険加入割合の推移をみると、国保加入者数、加入割合ともに年々減少し、令和 4 年度加入割合は 19.5%となっています。(図表 18)

市の人口が微増傾向にあるなか、国保加入率が減少する要因は、保険制度変更に伴う「社保加入(社会保険加入)」と 75 歳になったことによる「後期該当(後期高齢者医療制度に移行)」が多いことがあげられます。(図表 19)

令和 4 年度、男女別・年齢階級別でみた被保険者数では、65 歳以上の前期高齢者の被保険者数が多く、支えてとなる 20 代～50 代の若い年代層が少ないことが分かります。(図表 20) また、外国人人口は増加しており、外国人人口の 38.4%が国民健康保険に加入しています。(図表 21)

図表 16 同規模・県・国と比較した川口市の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
川口市	604,894	23.6	124,573 (20.6)	49.3	6.8	9.8	1.0	0.7	25.3	74.0
同規模	—	26.4	19.4	52.0	7.3	10.2	0.7	1.8	21.5	76.8
県	—	27.1	20	53.2	6.6	9.9	0.8	1.7	24.9	73.4
国	—	28.7	20	53.4	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：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

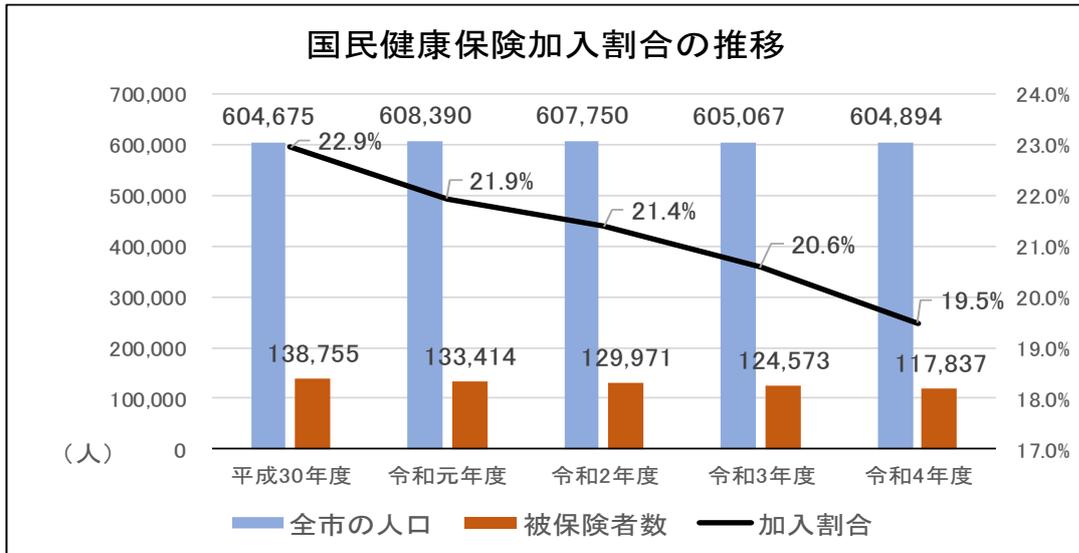
※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、川口市と同規模保険者(85市町村)の平均値を表す

図表 17 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R元年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4)	
	実数	割合	同規模	県								
											割合	割合
病院数	20	0.1	20	0.1	20	0.2	20	0.2	20	0.2	0.3	0.2
診療所数	310	1.9	311	2.3	315	2.4	323	2.6	326	2.7	4.9	3.1
病床数	3,562	21.9	3,562	26.5	3,582	27.3	3,590	28.6	3,590	30.1	64.5	44.2
医師数	815	5.0	815	6.1	897	6.8	897	7.1	895	7.5	17.9	9.6
外来患者数	517.1		530.4		543.8		591.1		606.5		704.0	668.6
入院患者数	12.0		12.7		12.9		13.5		13.5		17.7	15.4

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

図表 18 国民健康保険加入割合の推移



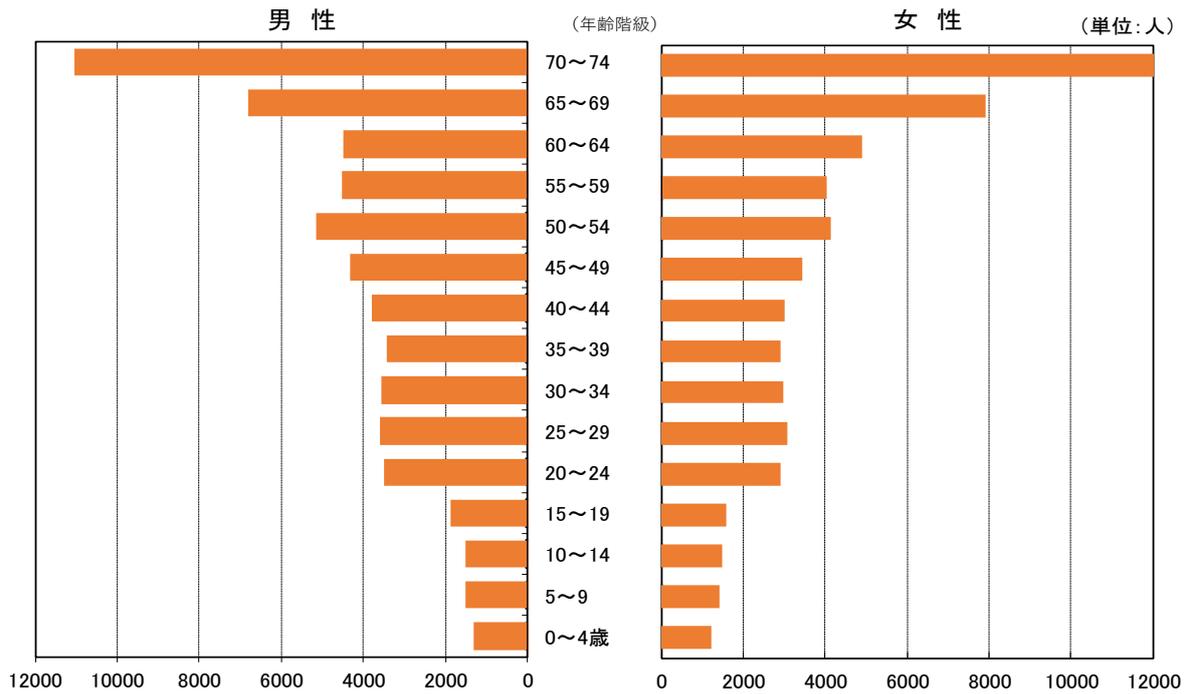
出典: 令和5年度版 川口市保健事業概況

図表 19 事由別被保険者異動状況

①国民健康保険加入		(各年度3月31日現在)				(単位: 人)
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
転入	11,197	11,059	8,726	7,805	9,365	
社保離脱	16,360	16,785	17,681	16,856	17,192	
生保廃止	309	315	242	245	223	
出生	788	701	607	580	495	
後期離脱	0	5	4	3	2	
その他	1,290	1,433	1,844	1,159	1,174	
合計	29,944	30,298	29,104	26,648	28,451	
②国民健康保険離脱		(各年度3月31日現在)				(単位: 人)
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
転出	8,380	8,490	7,992	7,658	7,759	
社保加入	17,828	18,196	15,977	15,756	17,469	
生保開始	638	748	673	678	715	
死亡	888	811	897	885	857	
後期加入	5,530	4,792	3,908	4,924	6,276	
その他	2,448	2,605	3,100	2,145	2,111	
合計	35,712	35,642	32,547	32,046	35,187	
差引増減(①-②)	-5,768	-5,344	-3,443	-5,398	-6,736	

出典: 令和5年度版 川口市保健事業概況

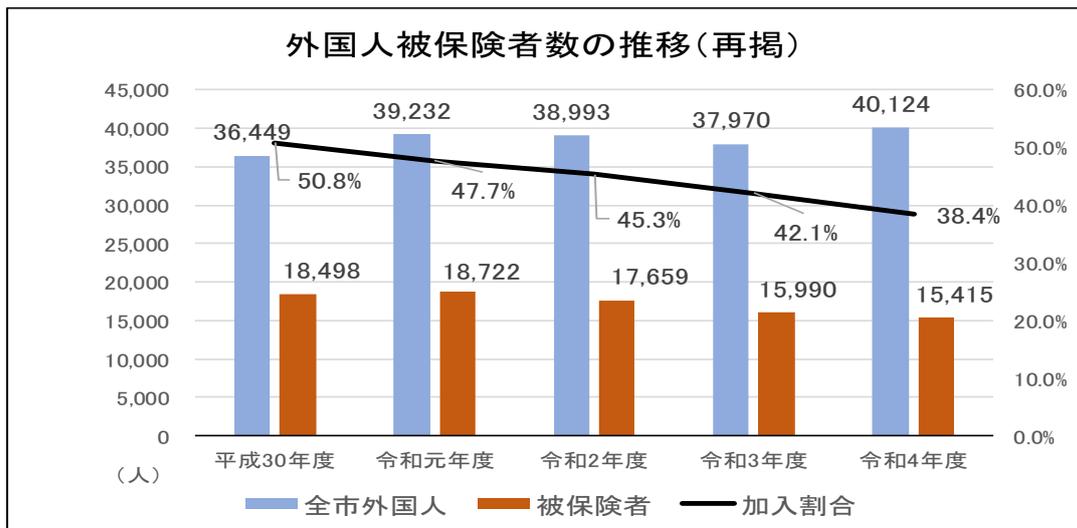
図表 20 年齢階級別男女別の被保険者数(R4 年度)



	0～4歳	5～9歳	10～14歳	15～19歳	20～24歳	25～29歳	30～34歳	35～39歳
男性	1,317	1,496	1,495	1,879	3,476	3,596	3,573	3,428
女性	1,238	1,416	1,475	1,596	2,925	3,065	2,978	2,921

	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	合計
男性	3,786	4,309	5,144	4,513	4,479	6,800	11,049	60,340
女性	3,008	3,450	4,137	4,019	4,899	7,915	13,803	58,845

図表 21 外国人被保険者数の推移(再掲)



出典: 令和5年度版 川口市保健事業概況

3. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期計画に係る評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1 つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定し、具体的には、社会保障費(医療費・介護費)の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)を設定しました。

2 つ目は短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な目標疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を設定しました。(図表4参照)

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず、一人あたり医療費はH30年度と比較しても7万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか2%程度にも関わらず、医療費全体の約37%を占めており、1件あたりの入院医療費もH30年度と比較して9万円も高くなっています。(図表22)

次に年齢調整をした地域差指数で見ると、全国平均の1を超えていませんが、H30年度と比較すると、若干伸びてきています。(図表23)

図表22 医療費の推移

		川口市		同規模	県	国
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
被保険者数(人)		162,713人	119,185人	--	--	--
前期高齢者割合		49,151人 (30.2%)	39,567人 (33.2%)	--	--	--
総医療費(円)		377億6097万円	359億6393万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		232,071	301,749	350,112	330,911	358,522
入院	1件あたり費用額(円)	579,440	664,440	628,960	646,540	619,090
	費用の割合	36.9	36.8	39.2	37.4	40.1
	件数の割合	2.3	2.2	2.5	2.2	2.6
外来	1件あたり費用額	23,120	25,430	24,570	24,940	24,520
	費用の割合	63.1	63.2	60.8	62.6	59.9
	件数の割合	97.7	97.8	97.5	97.8	97.4
受診率		529.157	620.022	721.674	683.98	728.39

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は川口市と同規模保険者85市町村の平均値を表す

図表 23 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

全国平均を1とする

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		川口市 (県内市町村中)		県 (47県中)	川口市 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度
地域差指数・順位	全体	0.909	0.920	0.918	0.947	0.944	0.923
		(38位)	(33位)	(46位)	(17位)	(14位)	(33位)
	入院	0.816	0.838	0.852	0.880	0.865	0.878
		(47位)	(46位)	(45位)	(37位)	(34位)	(33位)
	外来	0.978	0.982	0.965	1.017	1.025	0.968
		(25位)	(15位)	(38位)	(6位)	(5位)	(26位)

出典: 地域差分析(厚労省)

②中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)の医療費合計が総医療費に占める割合については、H30 年度と比較すると減少しており、それぞれ脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全ともにH30 年度と比較すると減少していますが、腎不全(透析有)については、同規模より 1.5 ポイントも高くなっています。(図表 24)

また、患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析ともに、被保険者数に占める割合が増えています。(図表 25)

図表 24 中長期目標疾患の医療費の推移

			川口市		同規模	県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費(円)			377億6097万円	359億6393万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			42億2570万円	36億6865万円	--	--	--
			11.19%	10.20%	8.39%	9.61%	8.20%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.17%	2.14%	2.05%	2.20%	2.07%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.84%	1.56%	1.45%	1.49%	1.46%
	腎	慢性腎不全(透析有)	6.80%	6.15%	4.59%	5.59%	4.38%
		慢性腎不全(透析無)	0.38%	0.35%	0.30%	0.32%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		15.18%	16.47%	16.43%	16.49%	16.77%
	筋・骨疾患		8.03%	7.66%	8.56%	8.54%	8.71%
	精神疾患		6.24%	6.67%	7.85%	7.13%	7.88%

出典: 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

注) 最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

注) KDB システムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表 25 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R4年度		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
治療者(人) 0～74歳	A	162,713	119,185	a	7,898	6,899	7,625	6,215	649	615	
				a/A	4.9%	5.8%	4.7%	5.2%	0.4%	0.5%	
40歳以上	B	103,812	81,311	b	7,816	6,797	7,515	6,110	635	601	
	B/A	63.8%	68.2%	b/B	7.5%	8.4%	7.2%	7.5%	0.6%	0.7%	
再掲 40～64歳	C	54,661	41,744	c	1,892	1,835	1,793	1,614	262	266	
	C/A	33.6%	35.0%	c/C	3.5%	4.4%	3.3%	3.9%	0.5%	0.6%	
	65～74歳	D	49,151	39,567	d	5,924	4,962	5,722	4,496	373	335
		D/A	30.2%	33.2%	d/D	12.1%	12.5%	11.6%	11.4%	0.8%	0.8%

出典：KDBシステム_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)、地域の全体像の把握
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

③介護保険の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者873人(認定率0.42%)、1号(65歳以上)被保険者24,289人(認定率17.6%)で、H30年度と比べると増加傾向にあります。(図表26)

また、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、総給付費は約50億円増え、一人あたり給付費も伸びています。(図表27)

介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、2号被保険者で6割以上、1号被保険者でも約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付の適正化においても重要な位置づけであると言えます。

(図表28)

図表 26 要介護認定者(率)の状況

	川口市				同規模 R4年度	県 R4年度	国 R4年度
	H30年度		R4年度				
高齢化率	129,410人	22.6%	137,923人	23.6%	26.4%	27.1%	28.7%
2号認定者	804人	0.40%	873人	0.42%	0.39%	0.42%	0.38%
新規認定者	189人		191人		--	--	--
1号認定者	21,895人	16.9%	24,289人	17.6%	20.5%	17.0%	19.4%
新規認定者	3,402人		3,899人		--	--	--
再掲	65～74歳	3,017人	4.2%	2,859人	4.3%	--	--
		新規認定者 658人		698人		--	--
	75歳以上	18,878人	33.2%	21,430人	30.1%	--	--
新規認定者 2,744人		3,201人		--	--		

出典：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

図表 27 介護給付費の変化

	川口市		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費(円)	334億1072万円	383億5232万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	258,177	278,071	301,091	252,468	290,668
1件あたり給付費(円)全体	55,918	54,490	55,521	57,940	59,662
居宅サービス	38,831	39,029	41,018	39,562	41,272
施設サービス	293,366	298,541	300,596	292,776	296,364

出典：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

図表 28 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R4 年度)

受給者区分		2号		1号				合計							
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計							
介護件数(全体)		873		2,859		21,430		24,289		25,162					
再)国保・後期		405		1,811		19,160		20,971		21,376					
レセプトの診断名より重複して計上 有病状況	血管疾患	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合			
		循環器疾患	1	脳卒中	269	66.4%	脳卒中	888	49.0%	脳卒中	9,164	47.8%	脳卒中	10,321	48.3%
			2	虚血性心疾患	83	20.5%	虚血性心疾患	540	29.8%	虚血性心疾患	7,675	40.1%	虚血性心疾患	8,298	38.8%
			3	腎不全	56	13.8%	腎不全	305	16.8%	腎不全	3,586	18.7%	腎不全	3,947	18.5%
		合併症	4	糖尿病合併症	54	13.3%	糖尿病合併症	320	17.7%	糖尿病合併症	2,727	14.2%	糖尿病合併症	3,101	14.5%
			基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		364	89.9%	基礎疾患	1,625	89.7%	基礎疾患	18,056	94.2%	基礎疾患	19,681	93.8%
		血管疾患合計		378	93.3%	合計	1,680	92.8%	合計	18,423	96.2%	合計	20,103	95.9%	
		認知症		51	12.6%	認知症	480	26.5%	認知症	8,557	44.7%	認知症	9,037	43.1%	
		筋・骨格疾患		326	80.5%	筋骨格系	1,605	88.6%	筋骨格系	18,162	94.8%	筋骨格系	19,767	94.3%	
		合計		20,481	95.8%	合計	20,481	95.8%	合計	20,481	95.8%	合計	20,481	95.8%	

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は減っていますが、人工透析については、横ばいで推移しています。(図表 29,30,31)

図表 29 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
高血圧症治療者(人)		A	33,435	30,688	9,611	9,568	23,824	21,120
		A/被保数	32.2%	37.7%	17.6%	22.9%	48.5%	53.4%
(中長期 合併症 目標疾患)	脳血管疾患	B	4,203	3,535	878	880	3,325	2,655
		B/A	12.6%	11.5%	9.1%	9.2%	14.0%	12.6%
	虚血性心疾患	C	5,584	4,444	1,232	1,086	4,352	3,358
		C/A	16.7%	14.5%	12.8%	11.4%	18.3%	15.9%
	人工透析	D	610	566	250	245	360	321
		D/A	1.8%	1.8%	2.6%	2.6%	1.5%	1.5%

出典:KDBシステム_ 疾病管理一覧(高血圧症)、地域の全体像の把握
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 30 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
糖尿病治療者(人)		A	17,814	16,655	5,410	5,544	12,404	11,111
		A/被保数	17.2%	20.5%	9.9%	13.3%	25.2%	28.1%
(中長期 合併症 目標疾患)	脳血管疾患	B	2,162	1,782	425	412	1,737	1,370
		B/A	12.1%	10.7%	7.9%	7.4%	14.0%	12.3%
	虚血性心疾患	C	3,324	2,793	696	678	2,628	2,115
		C/A	18.7%	16.8%	12.9%	12.2%	21.2%	19.0%
	人工透析	D	396	363	167	168	229	195
		D/A	2.2%	2.2%	3.1%	3.0%	1.8%	1.8%
糖尿病 合併症	糖尿病性腎症	E	1,540	1,614	504	557	1,036	1,057
		E/A	8.6%	9.7%	9.3%	10.0%	8.4%	9.5%
	糖尿病性網膜症	F	3,509	2,932	971	921	2,538	2,011
		F/A	19.7%	17.6%	17.9%	16.6%	20.5%	18.1%
	糖尿病性神経障害	G	825	613	260	197	565	416
		G/A	4.6%	3.7%	4.8%	3.6%	4.6%	3.7%

出典:KDBシステム_ 疾病管理一覧(糖尿病)、地域の全体像の把握
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 31 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
脂質異常症治療者(人)		A	28,123	26,821	8,449	8,759	19,674	18,062
		A/被保数	27.1%	33.0%	15.5%	21.0%	40.0%	45.6%
(中長期 合併症 目標疾患)	脳血管疾患	B	3,238	2,788	677	683	2,561	2,105
		B/A	11.5%	10.4%	8.0%	7.8%	13.0%	11.7%
	虚血性心疾患	C	4,868	4,070	1,084	981	3,784	3,089
		C/A	17.3%	15.2%	12.8%	11.2%	19.2%	17.1%
	人工透析	D	340	358	141	148	199	210
		D/A	1.2%	1.3%	1.7%	1.7%	1.0%	1.2%

出典:KDBシステム_ 疾病管理一覧(脂質異常症)、地域の全体像の把握
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0%以上を H30 年度と R3 年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について、健診後医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されているかたが高血圧では約 40%、糖尿病では 8%で、その割合は同規模 1～3 の平均と比較しても高くなっています。(図表 32)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域のかたには受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 32 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧__Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報(R3.4～R4.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療		治療中断	
				C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E	
川口市	29,231人	35.0%	26,322人	34.3%	1,642人	5.6%	920人	56.0%	1,862人	7.1%	1,119人	60.1%	759人	40.8%	57人	3.1%
同規模1～3(平均)	340,789人	32.3%	314,510人	31.6%	17,704人	5.2%	10,326人	58.3%	18,640人	5.9%	11,012人	59.1%	6,769人	36.3%	884人	4.7%

	健診受診率				糖尿病__HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報(R3.4～R4.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療(内服なし)		未治療		治療中断	
				I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K	
川口市	22,941人	78.5%	26,105人	99.2%	1,228人	5.4%	356人	29.0%	1,317人	5.0%	357人	27.1%	106人	8.0%	27人	2.1%
同規模1～3(平均)	333,172人	97.7%	313,516人	99.7%	16,308人	4.9%	5,169人	31.7%	16,017人	5.1%	4,850人	30.3%	1,037人	6.5%	485人	3.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

②中断…高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3ヶ月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、H30 年度と R4 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、1.6 ポイントも伸びており、その中でも 3 項目(高血圧、高血糖、脂質異常)、2 項目(高血圧、高血糖、脂質異常のいずれか)の危険因子が重なっている割合が増加しています。(図表 33)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧(160/100)以上、LDL-C160mg/dl以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5%以上の割合が R3 年度は減っていますが、Ⅱ度高血圧(160/100)

以上が、人数、割合ともに増えています。また、翌年度健診を受診していないかたがいずれも4割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めるとともに、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図表34,35,36)

図表 33 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		2項目		予備群
			3項目	2項目	3項目	2項目	
H30年度	29,234人 (35.0%)	5,909人 (20.2%)	1,932人 (6.6%)	3,977人 (13.6%)	3,478人 (11.9%)		
R4年度	25,114人 (34.7%)	5,463人 (21.8%)	1,759人 (7.0%)	3,704人 (14.8%)	2,922人 (11.6%)		

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 34 HbA1c6.5%以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善(率)	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	2,279人 (9.9%)	526人 (23.1%)	571人 (25.1%)	262人 (11.5%)	920人 (40.4%)
R3→R4	2,506人 (9.6%)	627人 (25.0%) ↑	637人 (25.4%)	257人 (10.3%)	985人 (39.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 35 II度高血圧(160/100mmHg)以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II度高血圧 (160/100)以上	翌年度健診結果			
		改善(率)	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	1,642人 (5.6%)	726人 (44.2%)	268人 (16.3%)	61人 (3.7%)	587人 (35.7%)
R3→R4	1,862人 (7.1%)	766人 (41.1%) ↓	274人 (14.7%)	53人 (2.8%)	769人 (41.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 36 LDL160mg/dl 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160mg/dl以上	翌年度健診結果			
		改善(率)	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	3,551人 (12.2%)	1,289人 (36.3%)	867人 (24.4%)	228人 (6.4%)	1,167人 (32.9%)
R3→R4	3,468人 (13.2%)	1,306人 (37.7%) ↑	693人 (20.0%)	180人 (5.2%)	1,289人 (37.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、令和元年度には 35.2%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R2 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。また、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。

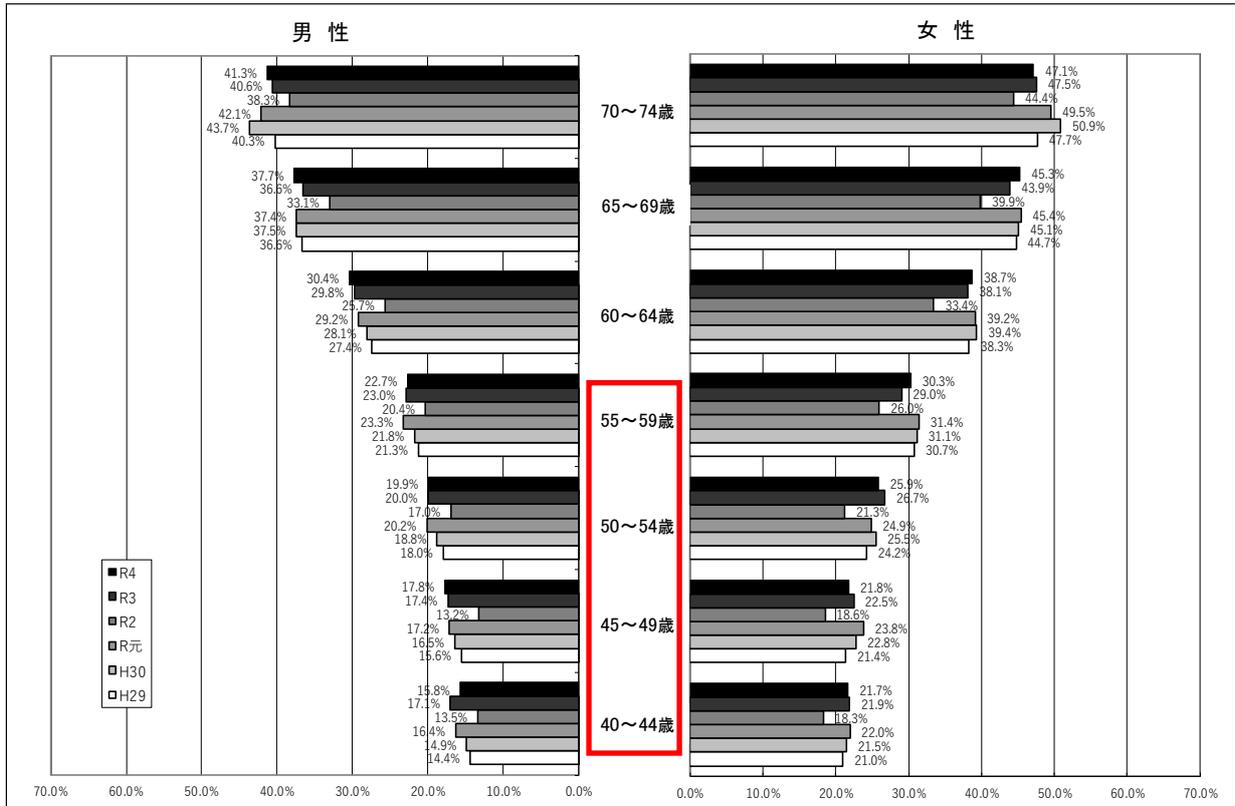
特定保健指導についても、2 割程度にとどまっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。(図表 37,38)

図表 37 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定健診	受診者数	29,234人	28,169人	24,382人	26,322人	25,114人	健診受診率 60%
	受診率	35.0%	35.2%	30.9%	34.3%	34.7%	
特定保健 指導	該当者数	3,510人	3,335人	2,748人	3,085人	2,846人	特定保健指 導実施率 60%
	割合	12.0%	11.8%	11.3%	11.7%	11.3%	
	実施者数	623人	591人	762人	621人	579人	
	実施率	17.7%	17.7%	27.7%	20.1%	20.3%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 38 性別・年代別特定健診受診率の推移



		40~44歳			45~49歳			50~54歳			55~59歳			60~64歳			65~69歳			70~74歳		
		対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
男性	H29	4,269	616	14.4%	5,073	790	15.6%	4,534	816	18.0%	3,774	804	21.3%	4,424	1,214	27.4%	10,122	3,709	36.6%	11,080	4,465	40.3%
	H30	3,886	578	14.9%	4,857	801	16.5%	4,506	847	18.8%	3,679	801	21.8%	4,166	1,171	28.1%	8,898	3,335	37.5%	11,171	4,881	43.7%
	R元	3,554	582	16.4%	4,513	774	17.2%	4,453	898	20.2%	3,718	865	23.3%	4,001	1,170	29.2%	7,791	2,914	37.4%	11,420	4,808	42.1%
	R2	3,426	461	13.5%	4,218	558	13.2%	4,558	774	17.0%	3,788	772	20.4%	3,861	993	25.7%	7,077	2,339	33.1%	11,800	4,519	38.3%
	R3	3,329	568	17.1%	4,013	698	17.4%	4,632	926	20.0%	3,850	884	23.0%	3,881	1,156	29.8%	6,594	2,416	36.6%	11,524	4,677	40.6%
	R4	3,193	503	15.8%	3,773	672	17.8%	4,576	911	19.9%	4,095	931	22.7%	3,944	1,200	30.4%	6,097	2,300	37.7%	10,616	4,386	41.3%
女性	H29	3,161	664	21.0%	3,913	837	21.4%	3,556	861	24.2%	3,556	1,093	30.7%	5,343	2,046	38.3%	11,755	5,259	44.7%	12,845	6,123	47.7%
	H30	2,975	639	21.5%	3,625	825	22.8%	3,636	927	25.5%	3,396	1,057	31.1%	4,998	1,967	39.4%	10,583	4,770	45.1%	13,032	6,632	50.9%
	R元	2,678	588	22.0%	3,440	819	23.8%	3,539	880	24.9%	3,384	1,063	31.4%	4,679	1,833	39.2%	9,371	4,257	45.4%	13,574	6,718	49.5%
	R2	2,506	459	18.3%	3,390	629	18.6%	3,520	748	21.3%	3,468	901	26.0%	4,515	1,510	33.4%	8,410	3,352	39.9%	14,337	6,366	44.4%
	R3	2,432	533	21.9%	3,100	696	22.5%	3,668	981	26.7%	3,411	990	29.0%	4,448	1,694	38.1%	7,733	3,395	43.9%	14,115	6,708	47.5%
	R4	2,421	525	21.7%	2,860	623	21.8%	3,522	912	25.9%	3,491	1,057	30.3%	4,276	1,656	38.7%	7,243	3,280	45.3%	13,032	6,143	47.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 糖尿病性腎症重症化予防対策事業

糖尿病の重症化リスクの高い者について、医療機関の受診中断者や医療未受診者に受診勧奨を行うことにより治療に結びつけるとともに、通院中の者にあつては通院先の医療機関の医師の指示に基づき保健指導を行うことにより、糖尿病性腎症の重症化を予防し、国民健康保険被保険者の健康維持、医療費の適正化を実現することを目的としました。

図表 39 HbA1c6.5%以上の経年変化(アウトカム評価)

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲	
					再)7.0以上	未治療	治療		
H29	28,870	13,989 48.5%	8,827 30.6%	3,391 11.7%	2,663 9.2%	1,019 38.3%	1,644 61.7%	4.7%	9.2%
					1,367 4.7%	389 28.5%	978 71.5%		
H30	22,941	11,344 49.4%	6,661 29.0%	2,657 11.6%	2,279 9.9%	850 37.3%	1,429 62.7%	5.4%	9.9%
					1,228 5.4%	356 29.0%	872 71.0%		
R元	27,668	14,971 54.1%	7,218 26.1%	2,924 10.6%	2,555 9.2%	897 35.1%	1,658 64.9%	4.9%	9.2%
					1,360 4.9%	376 27.6%	984 72.4%		
R2	23,987	12,210 50.9%	6,666 27.8%	2,696 11.2%	2,415 10.1%	813 33.7%	1,602 66.3%	5.5%	10.1%
					1,321 5.5%	348 26.3%	973 73.7%		
R3	26,105	13,371 51.2%	7,348 28.1%	2,880 11.0%	2,506 9.6%	852 34.0%	1,654 66.0%	5.0%	9.6%
					1,317 5.0%	357 27.1%	960 72.9%		
R4	24,855	13,040 52.5%	6,756 27.2%	2,782 11.2%	2,277 9.2%	766 33.6%	1,511 66.4%	4.8%	9.2%
					1,192 4.8%	330 27.7%	862 72.3%		

出典:ヘルスサポートラボツール

(2)特定保健指導以外の保健指導

循環器疾患(虚血性心疾患、脳血管疾患)の重症化リスクの高いものについて、医療機関未受診者に受診勧奨を行うことにより治療に結びつけるとともに、生活改善が必要な者に保健指導を行い早期介入することで、重症化を予防し国民健康保険者の健康維持、医療費の適正化を実現することを目的としました。

図表 40 II度高血圧(160/100mmHg)以上の経年変化(アウトカム評価)

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	I度 高血圧	II度高血圧以上			再掲
					再)III度高血圧	再掲		
						未治療	治療	
H29	29,297	13,280 45.3%	8,531 29.1%	5,961 20.3%	1,525	857	668	5.2%
					244	158	86	
H30	29,227	12,993 44.5%	8,443 28.9%	6,149 21.0%	1,642	920	722	5.6%
					279	172	107	
R元	28,169	12,825 45.5%	8,014 28.4%	5,770 20.5%	1,560	869	691	5.5%
					296	187	109	
R2	24,381	9,882 40.5%	7,398 30.3%	5,472 22.4%	1,629	898	731	6.7%
					287	172	115	
R3	26,322	10,786 41.0%	7,773 29.5%	5,901 22.4%	1,862	1,119	743	7.1%
					335	227	108	
R4	25,099	10,522 41.9%	7,393 29.5%	5,522 22.0%	1,662	991	671	6.6%
					308	203	105	

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 41 LDL160mg/dl以上の経年変化(アウトカム評価)

年度	健診受診者	120未満	120~ 139	140~ 159	160以上			再掲
					再)180以上	再掲		
						未治療	治療	
H29	29,297	13,699 46.8%	7,346 25.1%	4,931 16.8%	3,321	2,979	342	11.3%
					1,148	1,029	119	
H30	29,207	13,510 46.3%	7,232 24.8%	4,914 16.8%	3,551	3,171	380	12.2%
					1,283	1,155	128	
R元	28,159	12,598 44.7%	7,078 25.1%	4,834 17.2%	3,649	3,278	371	13.0%
					1,334	1,206	128	
R2	24,378	10,893 44.7%	5,950 24.4%	4,334 17.8%	3,201	2,860	341	13.1%
					1,192	1,068	124	
R3	26,318	12,013 45.6%	6,414 24.4%	4,423 16.8%	3,468	3,149	319	13.2%
					1,238	1,127	111	
R4	25,094	12,255 48.8%	6,043 24.1%	3,934 15.7%	2,862	2,614	248	11.4%
					1,012	927	85	

出典:ヘルスサポートラボツール

3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 42 第2期データヘルス計画目標管理一覧

健康度を示す項目			目標	平成30年度 (①)	令和2年度 (②)	令和4年度 (③)	最終結果 (③-①)		達成状況 (※)
生命表 埼玉県衛生研究所	平均寿命(歳) 注1	男性	延伸	80.47	80.73	80.81	0.34	延伸	○
		女性		86.72	86.88	86.98	0.26	延伸	○
	65歳健康寿命(年数) 注2	男性	延伸	16.90	17.05	17.22	0.32	延伸	○
		女性		20.00	20.20	20.42	0.42	延伸	○
KDBシステム	平均自立期間(歳) (要介護2以上) 注3	男性	延伸	79.3	79.2	79.2	-0.10	変化なし	△
		女性		83.3	83.5	83.3	0.00	変化なし	△
標準化死亡率(SMR) (全国を100とした場合の比) 厚労省人口動態特殊報告	総死亡	男性	減少	107.7	108.6		0.90	増加	×
		女性		109.0	106.2		-2.80	減少	○
	心筋梗塞	男性	減少	85.4	76.2		-9.20	減少	○
		女性		106.9	85.3		-21.60	減少	○
	脳梗塞	男性	減少	109.4	108.1		-1.30	減少	○
		女性		108.3	100.9		-7.40	減少	○
	腎不全	男性	減少	92.4	108.8		16.40	増加	×
		女性		105.4	98.4		-7.00	減少	○
医療 (KDBシステム)健康・医療・介護データから見る地域の課題	一人当たり医療費(円)		減少	232,071	269,816	301,749	69,678	増加	×
	高血圧症(一人当たり医療費)(円)		減少	8,040	8,394	8,268	228	増加	×
	糖尿病(一人当たり医療費)(円)		減少	12,726	15,094	16,774	4,048	増加	×
	脳梗塞(一人当たり医療費)(円)		減少	3,380	4,058	4,379	999	増加	×
	慢性腎不全(透析有)(一人当たり医療費)(円)		減少	15,780	19,083	18,555	2,775	増加	×
	人工透析患者数(人)		減少	558	566	489	-69	減少	○
健診 KDBシステム	特定健診受診率(%)		増加	35.0	30.9	34.3	-0.7	減少	×
	特定保健指導実施率(%)		増加	17.7	27.7	20.1	2.4	増加	○
	内臓脂肪症候群の該当者割合(%)		減少	20.2	22.1	20.6	0.4	増加	×
	内臓脂肪症候群の予備群の該当者割合(%)		減少	11.8	12.2	13.5	1.7	増加	×
介護 KDBシステム	認定率(1号)(%)		減少	16.8	17.8	17.6	0.8	増加	×
	1件当たり給付費(円)		減少	55,918	56,200	54,490	-1,428	減少	○

※達成状況: ○達成 △変化なし ×未達成

注1) 平均寿命とは、「0歳における平均余命」のことで、生まれてから何年生きるかを示す平均年齢をいう。

注2) 65歳健康寿命とは、65歳の人が介護を必要とせず、健康で日常生活を支障なく送ることができる年数をいう。

注3) 平均自立期間とは、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の指標をいう。

4) 第2期計画に係る考察

第2期計画策定に用いた平成30年度と令和4年度の経年比較を見ると、「平均寿命」、「65歳健康寿命」は延伸しているが、一人あたり医療費は約7万円増加し、疾病別では特に糖尿病及び慢性腎不全(透析有)が高くなっています。

中長期目標疾患にかかる医療費については、減少がみられますが、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の治療者の割合が伸びており、特に40～64歳の若い年代層の伸びが高くなっています。

健診結果においては、糖尿病の可能性が高いHbA1c6.5%以上の割合はわずかに減少傾向であるが、メタボリックシンドローム該当者や、早期に医療受診が必要なⅡ度高血圧以上の割合が増加しています。また、翌年度健診を受けなくなった健診未受診者が約4割もいました。健診未受診者を減らし、継続受診者を増やすことが、重症化予防対策、ひいては健診受診率向上対策にもつながります。

さらに循環器病(脳血管疾患・虚血性心疾患)の基礎疾患である高血圧及び糖尿病予防対策が一層必要となります。受診勧奨のみにとどまらず、治療を中断していないか、治療と併せて食事療法が継続されているかなど、医療と連携して保健事業を実施する必要があります。

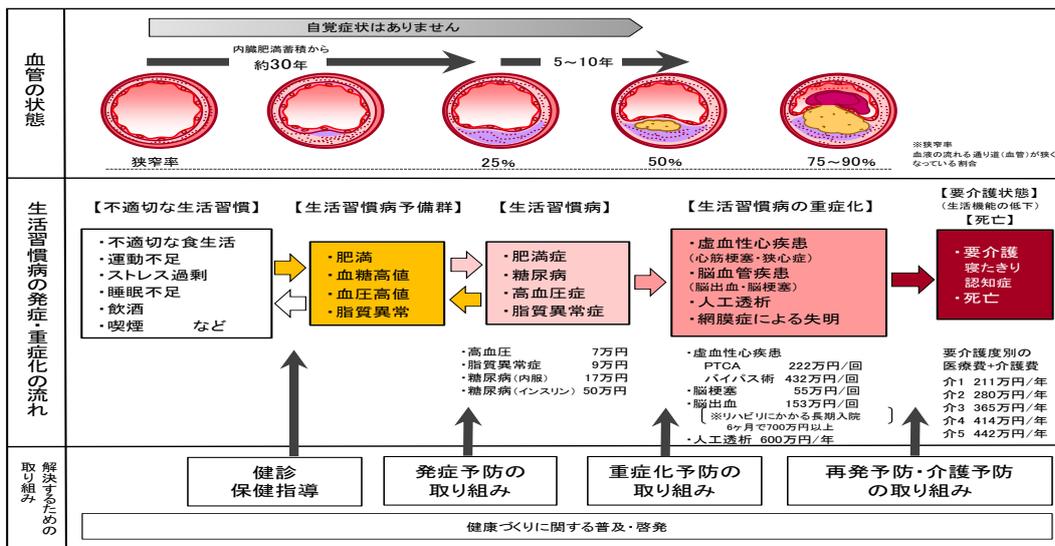
あわせて、メタボリックシンドローム該当者の増加は、心血管病、糖尿病等の生活習慣病の発症及び重症化につながる事が予想されるため、まず市民が健診を受診し、自分の健診結果を理解したうえで、生活習慣を振り返るとともに、適正な医療機関への受診につなげることが必要であると考えます。

4. 第3期計画における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。

図表 43 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



出典:「標準的な健診・保健指導プログラム」

(別紙1生活習慣病の発症予防・重症化予防対策の分析・評価指標 改変)

2)健康課題の明確化

医療保険制度においては、75歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。

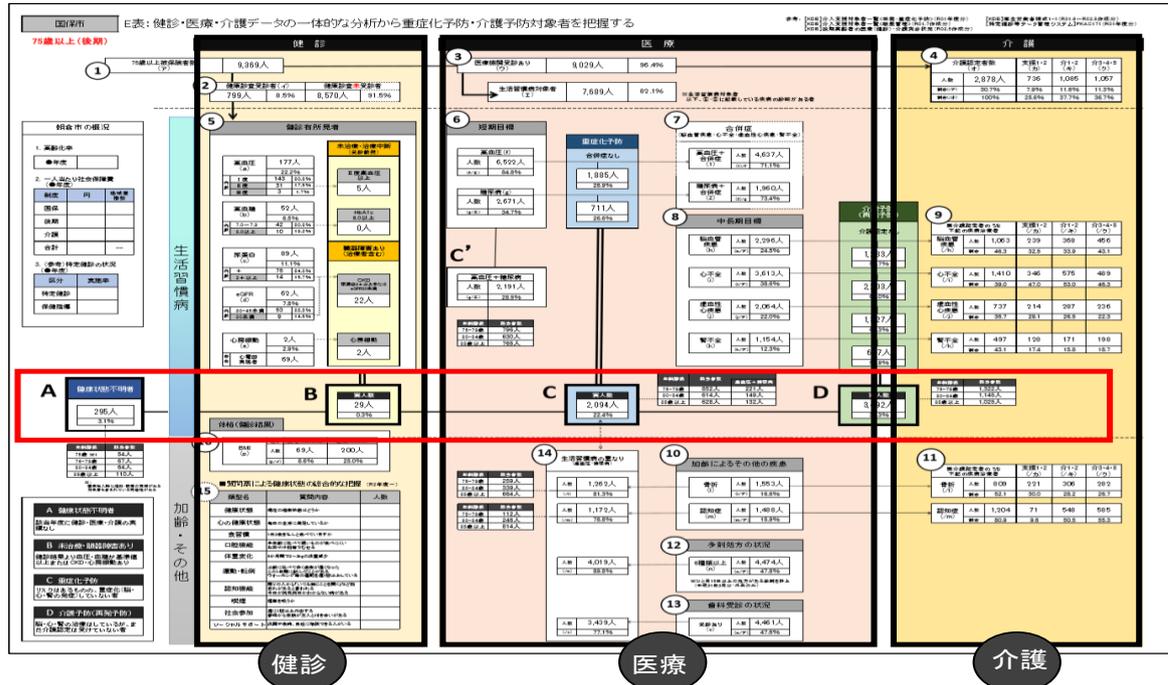
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 44 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。図表 44 は、右側(介護)の実数値及び割合が高ければ高いほど重症化していることを表しています。

また、国民健康保険から後期高齢者医療制度に移行しても切れ目のない支援を行うことが望ましいため、課題分析においては国保のみではなく後期高齢者医療のデータも含めて一体的に分析します。

なお、健康課題の明確化においては第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診(国保人間ドック)を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められるかたに対し、保健指導を行います。

図表 44 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



注) 健診・医療・介護情報をそれぞれ単独ではなく、一体的に分析することが重要。

(1) 医療費分析

国保の被保険者数は年々減っているが、一人あたり医療費は令和2年度新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和3年以降は増加傾向となり、後期高齢者になると一人あたり70万円を超え、国保の2.5倍も高い状況です。(図表45)

本市の中長期目標疾患及び短期的目標疾患の医療費合計は、同規模と比べて2ポイント高く、慢性腎不全、脳血管疾患、心疾患ともに高くなっています。また糖尿病については、県よりは低いが、同規模より高くなっている状況です。(図表46)

高額レセプトについては、国保においては毎年約6,000件余のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約2倍に増えることがわかります。高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和4年度は364件で費用額は4億7600万円罹っています。また、後期高齢においては、734件発生し、約8億7千万円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。虚血性心疾患で高額になったレセプトは、国保で令和4年度は215件で費用額は3億9302万円かかり、後期高齢においては、352件で5億7968万円かかっています。(図表47,48,49)

図表 45 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度
被保険者数		162,713人	134,418人	131,305人	125,744人	119,185人	72,898人
総件数及び 総費用額	件数	1,055,078件	1,003,713件	887,067件	931,933件	913,970件	1,089,169件
	費用額	377億6097万円	378億6077万円	354億2813万円	370億7109万円	359億6393万円	552億9303万円
一人あたり医療費		23.2万円	28.2万円	27.0万円	29.5万円	30.2万円	75.8万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 46 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合(R4 年度)

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
			慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞								
① 国保 川口市	359億6393万円	24,397円	6.15%	0.35%	2.14%	1.56%	5.56%	2.74%	1.99%	73億7036万円	20.5%	16.5%	6.67%	7.66%
同規模	--	28,428円	4.59%	0.30%	2.05%	1.45%	5.17%	2.87%	2.06%	--	18.5%	16.4%	7.85%	8.56%
県	--	26,620円	5.59%	0.32%	2.20%	1.49%	5.67%	3.00%	2.09%	--	20.4%	16.5%	7.13%	8.54%
国	--	29,043円	4.38%	0.29%	2.07%	1.46%	5.45%	3.06%	2.11%	--	18.8%	16.8%	7.88%	8.71%
② 後期 川口市	552億9303万円	64,481円	5.12%	0.55%	3.16%	1.88%	4.55%	2.97%	1.52%	109億1698万円	19.7%	11.9%	2.82%	11.5%
同規模	--	73,306円	4.49%	0.47%	3.76%	1.70%	4.08%	2.91%	1.47%	--	18.9%	11.2%	3.34%	12.7%
県	--	63,632円	5.01%	0.50%	3.87%	1.78%	4.37%	3.01%	1.50%	--	20.0%	11.7%	3.59%	12.0%
国	--	71,162円	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：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

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

※1 「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

図表 47 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度	
高額レセプト (80万円以 上/件)	人数	A	3,538人	3,617人	3,421人	3,644人	3,550人	6,801人
	件数	B	6,104件	6,466件	6,308件	6,560件	6,319件	11,301件
		B/総件数	0.58%	0.64%	0.71%	0.70%	0.69%	1.04%
	費用額	C	86億0954万円	93億5351万円	89億8587万円	96億6856万円	92億8969万円	155億1627万円
		C/総費用	22.8%	24.7%	25.4%	26.1%	25.8%	28.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 48 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度		R元年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期:R4年度		
人数	D	208人		209人		192人		196人		202人		413人		
	D/A	5.9%		5.8%		5.6%		5.4%		5.7%		6.1%		
件数	E	380件		355件		370件		356件		364件		734件		
	E/B	6.2%		5.5%		5.9%		5.4%		5.8%		6.5%		
年代別	40歳未満	8	2.1%	2	0.6%	4	1.1%	6	1.7%	10	2.7%	65-69歳	0	0.0%
	40代	36	9.5%	18	5.1%	24	6.5%	16	4.5%	10	2.7%	70-74歳	1	0.1%
	50代	57	15.0%	48	13.5%	42	11.4%	63	17.7%	83	22.8%	75-80歳	224	30.5%
	60代	151	39.7%	130	36.6%	137	37.0%	110	30.9%	106	29.1%	80代	417	56.8%
	70-74歳	128	33.7%	156	43.9%	163	44.1%	161	45.2%	155	42.6%	90歳以上	92	12.5%
費用額	F	4億8106万円		4億6972万円		4億5832万円		4億6202万円		4億7601万円		8億7760万円		
	F/C	5.6%		5.0%		5.1%		4.8%		5.1%		5.7%		

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 49 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度		R元年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期:R4年度		
人数	G	231人		217人		208人		217人		192人		320人		
	G/A	6.5%		6.0%		6.1%		6.0%		5.4%		4.7%		
件数	H	263件		245件		230件		233件		215件		352件		
	H/B	4.3%		0.0%		3.6%		3.6%		3.4%		3.1%		
年代別	40歳未満	2	0.8%	2	0.8%	2	0.9%	6	2.6%	1	0.5%	65-69歳	1	0.3%
	40代	12	4.6%	13	5.3%	10	4.3%	11	4.7%	7	3.3%	70-74歳	2	0.6%
	50代	40	15.2%	34	13.9%	35	15.2%	38	16.3%	36	16.7%	75-80歳	135	38.4%
	60代	120	45.6%	106	43.3%	87	37.8%	86	36.9%	64	29.8%	80代	192	54.5%
	70-74歳	89	33.8%	89	36.3%	96	41.7%	91	39.1%	107	49.8%	90歳以上	22	6.3%
費用額	I	4億3018万円		4億1376万円		3億8284万円		4億1266万円		3億9302万円		5億7968万円		
	I/C	5.0%		4.4%		4.3%		4.3%		4.2%		3.7%		

出典:ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の経年で変化をみて、それを年代毎に一体的に分析、整理したものが図表 50 になります。

そのデータを項目ごとに切り分けて整理したのが、図表 51～図表 55 になります。

図表 51 の①被保険者数は、40～64 歳、65 歳～74 歳と減っていますが、75 歳以上では 19,594 名増え、高齢化率の低い本市でも 75 歳以上の後期高齢者が確実に増えていることが分かります。

⑮の体格をみると、40～64 歳の若い年齢層で、BMI25 以上の率が約 3 ポイントも高くなってきています。図表 52 の健診有所見状況をみると、各年代で対象人数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 53 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧、糖尿病共に各年代高くなっています。

図表 54 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において H30 年度と R4 年度を比較すると、各年代で高くなっています。

図表 55 の高齢者の骨折・認知症の状況を H30 年度と R4 年度を比較すると、生活習慣病(高血圧・糖尿病)との重なりも、各年代で高くなっています。

図表 51 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑮ 体格(健診結果)					
					特定健診		健康診査	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	20.7%	50,430人	44,482人	53,807人	18.8%	40.3%	19.0%	7.4%	6.9%	7.1%	29.9%	27.0%	26.9%
R4	27.0%	41,389人	39,417人	73,401人	15.6%	27.9%	25.5%	8.0%	8.0%	7.9%	32.7%	27.8%	24.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 52 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動														
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64	65-74		75-	40-64	65-74		75-										
H30	450	4.7	(202)	1070	6.0	(345)	680	6.7	(3)	288	3.0	(41)	831	4.6	(41)	81	0.8	(3)	107	1.1	337	1.9	343	3.4	23	0.2	203	1.1	228	2.2
R4	346	5.4	(166)	883	8.0	(362)	1659	8.9	(5)	235	3.6	(37)	521	4.7	(35)	156	0.8	(5)	82	1.3	217	2.0	768	4.1	24	0.4	189	1.7	508	2.7

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 53 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③									⑥									⑦								
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症											
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症								
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-			
H30	65.5%	86.4%	95.1%	21.4%	54.9%	76.8%	73.0%	81.6%	86.4%	41.4%	42.4%	38.6%	25.0%	31.7%	32.2%	38.9%	47.8%	63.0%	39.8%	51.8%	67.5%						
R4	78.1%	91.6%	95.4%	27.0%	60.1%	79.4%	74.4%	82.7%	87.4%	43.2%	43.4%	41.2%	27.0%	32.7%	34.9%	38.8%	48.4%	64.5%	42.3%	52.9%	69.4%						

出典:ヘルスサポートラボツール

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 54 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険者)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.0%	10.4%	21.6%	2.9%	10.2%	20.2%	4.2%	13.6%	27.3%	2.6%	6.0%	9.7%	14.8%	16.1%	34.6%	4.2%	8.1%	26.2%	4.1%	8.4%	28.0%	5.7%	11.7%	29.9%
R4	3.7%	11.0%	22.0%	3.3%	10.3%	19.8%	5.3%	15.9%	31.2%	3.3%	7.2%	12.6%	15.3%	16.9%	42.7%	3.3%	8.8%	34.4%	4.7%	8.9%	37.2%	5.5%	11.7%	38.8%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 55 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
年度	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	58.5%	78.5%	67.0%	77.6%	3.8%	11.2%	1.3%	8.8%	13.5%	43.7%	59.8%	75.9%
R4	62.6%	81.7%	72.3%	81.7%	4.4%	12.7%	1.5%	12.1%	13.5%	52.7%	63.8%	82.3%

出典:ヘルスサポートラボツール

(3) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通した高血圧、糖尿病等の重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① 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方策

保険者は、健診・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ことが求められており、計画から実施、評価、見直し、改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

データヘルス計画全体の目的である「健康寿命の延伸」、「医療費の適正化」を目指し、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしました。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしました。(図表 56,57)

② 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、人工透析となる疾患、介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を最終年度には減少させることを目指します。

しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

また、軽症時に通院せず、重症化して入院することから、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促し、入院に係る医療費を抑えることを目指します。

③ 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とします。

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療受診が必要なかたや、医療受診を中断しているかたについても適切な保健指導を行います。糖尿病とメタボリックシンドロームは、薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられます。具体的には、図表 64 に表したように、4 つの事業(特定保健指導、糖尿病性腎症重症化予防、特定保健指導以外の保健指導、特定健康診査受診率向上)を中心に実施することで、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値は、第 3 章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載しています。

(2) 目標の設定

図表 56 データヘルス計画(保健事業全体)の目的

指標		実績		
		R4	R8	R11
平均寿命(歳)	男性	80.81	延伸	延伸
	女性	86.98	延伸	延伸
65歳健康寿命	男性	17.22	17.74※1	延伸
	女性	20.42	20.89※1	延伸
平均自立期間(歳) (要介護2以上)	男性	79.2	延伸	延伸
	女性	83.3	延伸	延伸
生活習慣病一人当たり医療費※2		135,862円	維持	維持

※1: 川口市総合計画R7年度目標。計画見直し時に修正を行う。
 ※2: KDB医療費分析生活習慣病から算出

図表 57 第3期データヘルス計画目標管理一覧

目標	指標	達成すべき目的	課題を解決するための目標	評価指標元			実績・目標			データの把握方法 (活用データ)
				全ての都道府県	県独自	市独自	初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)	
中長期目標		脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持			○	2.14%	維持	維持	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持			○	1.56%	維持	維持	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持			○	6.15%	維持	維持	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の維持			○	53.7%	維持	維持	
短期目標	アウトカム	心血管疾患の発症を予防するために、メタボリック等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者の割合の減少			○	21.8%	21.6%	21.4%	法定報告値
			メタボリックシンドローム予備群の割合の減少				11.6%	11.4%	11.2%	
	脳血管疾患、虚血性心疾患(循環器病)の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボ該当者等を減らす	健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)			○	6.6%	減少	減少		
		血圧が保健指導判定値以上の者の割合(130/85以上)			○	58.1%	57.0%	56.0%		
		健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)			○	11.4%	減少	減少		
	糖尿病合併症の発症を予防するために、糖尿病、高血圧、メタボ等の対象者を減らす	健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)			○	9.2%	9.1%	9.0%		
		HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合			○	10.8%	10.7%	10.5%		
健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	○				1.4%	1.3%	1.2%			
アウトプット	特定健診受診率を向上させ、重症者を減少	特定健診受診率60%以上			○	34.7%	45.0%	60.0%		
	特定保健指導実施率を向上させ、自らの生活習慣病のリスク保有状況がわかり、改善方法を自分で選択できる	特定保健指導実施率60%以上			○	20.3%	36.0%	60.0%		
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率			○	37.3%	37.5%	37.8%		

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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、特定健康診査等実施計画を定めます。

なお、第一期及び第二期は 5 年を一期としましたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 58 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	39.0%	42.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
特定保健指導実施率	25.0%	28.0%	36.0%	44.0%	52.0%	60.0%

3. 対象者の見込み

図表 59 特定健診・特定保健指導対象者の見込み(年度別)

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	想定対象者数	65,889人	61,790人	57,945人	54,340人	50,959人	47,788人
	想定受診者数	25,697人	25,952人	26,075人	27,170人	28,027人	28,673人
特定保健指導	想定対象者数	3,007人	3,036人	3,051人	3,179人	3,279人	3,355人
	想定受診者数	752人	850人	1,098人	1,399人	1,705人	2,013人

4. 特定健診の実施

(1)対象者

特定健康診査の対象者は、国民健康保険加入者のうち、特定健康診査の実施年度中に 40 歳から 74 歳となる者で、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入しているものとします。

なお、対象者については、以下の者を除外します。

- ①妊産婦
- ②厚生労働大臣が定める者(刑務所入所中、海外在住、長期入院等)

(2)実施場所

- ①実施形態
個別健診

②実施場所

個別健康診査 ⇒ 川口市が指定する医療機関

(3)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定に代えられます。(実施基準第 1 条第 4 項)

図表 60 特定健診検査項目

○川口市特定健診検査項目

健診項目		川口市	国
問診	服薬歴、既往歴等	○	○
	自覚症状等		
計測	身長・体重・BMI	○	○
	血圧		
	腹囲		
診察	理学的検査(身体診察)	○	○
脂質	空腹時中性脂肪 ※	○	○
	HDLコレステロール		
	LDLコレステロール		
肝機能	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)		
	γ-GT(γ-GTP)		
代謝系	空腹時血糖 ※	○	●
	ヘモグロビンA1c		●
尿・腎機能	尿糖	○	○
	尿蛋白		○
	尿潜血		
血液一般	ヘマトクリット値	○*	□
	血色素量		
	赤血球数		
生化学	血清クレアチニン(eGFR)	○*	□
	尿酸		
心機能	12誘導心電図	○*	□
眼底検査	眼底検査	□	□
医師の判断	医師の判断	○	○
	総合診断		

○：必須項目

□：医師の判断に基づき選択的に実施する項目

●：いずれの項目の実施でも可

*：原則全員実施とするが、医師の判断等により実施しないことができる

※：やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合は、食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時検査を行うことを可とする。

(4)実施時期

6月から翌年2月末まで実施します。

(5)委託先

一般社団法人川口市医師会への委託により実施します。

(6) 委託基準

特定健康診査を委託するにあたっては、川口市委託基準に基づき委託します。

(7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。

図表 61 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可)	(特定保健指導の実施)
5月			健診データ抽出(前年度)
6月		(特定健診の開始)	
7月			
8月		健診データ受取 費用決裁 → 保健指導対象者の抽出	実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等
9月			(特定保健指導の開始)
10月	契約に関わる 予算手続き		受診・実施率実績の算出
11月			支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
12月		(特定健診・特定保健指導の実施)	
1月			
2月			
3月	契約準備	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

(1) 特定保健指導の実施については、専門業者への委託形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

特定保健指導 の見直し	(1) 評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、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や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(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した。
	(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実施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、特定保健指導対象者として、分母に含めないことを可能とした。
	(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、確認手順を保険者が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した。
	(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した。

(2)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます。

図表 62 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付		
5月	◎個別健康診査実施の依頼		
6月	◎特定健康診査の開始		◎後期高齢者健診開始
7月			◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
8月		◎対象者の抽出	
9月		◎保健指導の開始	◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月	◎診療情報提供の依頼		
12月			
1月			
2月	◎健診の終了		
3月		(※翌年6月まで)	

6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および川口市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査を外部委託する際は、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、委託先の契約状況を管理することとします。

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システム、自庁システムで行います。

7. 結果の報告(国への法定報告)

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告します。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく計画は、ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防等の取組を行います。

具体的には、医療受診が必要なかたには適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中のかたには医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

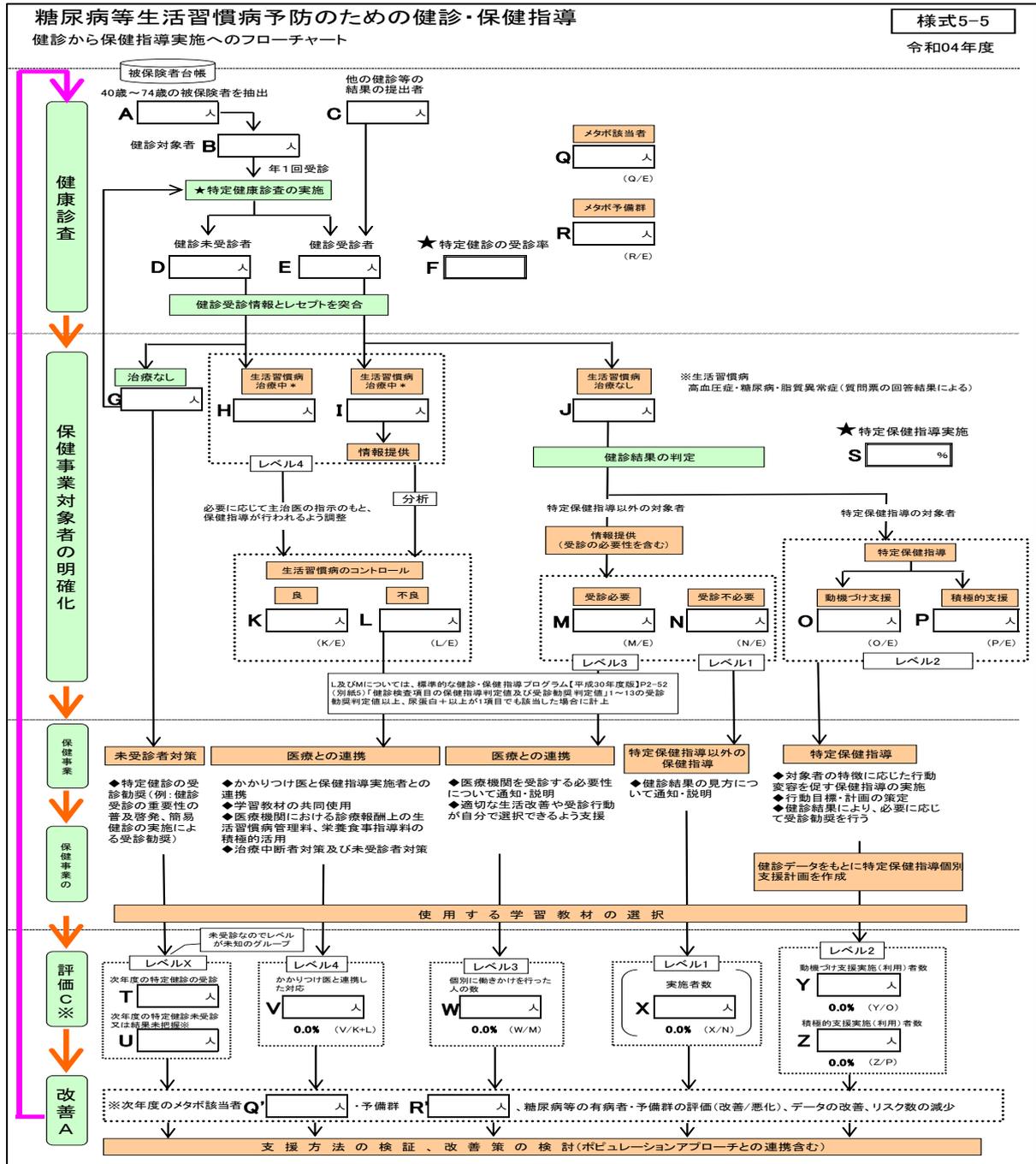
ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等の実態を広く周知していきます。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

図表 63 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典:ヘルサポートラボツール

(2)要保健指導対象者選択と優先順位・支援方法

図表 64 要保健指導対象者選定と優先順位・支援方法

優先順位	図表63		事業番号	事業名	頁	支援方法	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	2	特定保健指導実施率向上対策事業	53	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	60%
2	M	受診勧奨	4	・特定保健指導以外の保健指導(受診勧奨)	64	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	個別保健事業の目標値を参考とする
			3	・糖尿病性腎症重症化予防事業(受診勧奨)	58		
3	I	治療中	3	糖尿病性腎症重症化予防事業(保健指導)	58	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆糖尿病連携手帳の活用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用	個別保健事業の目標値を参考とする
4	N	保健指導	4	特定保健指導以外の保健指導(早期介入)	64	◆適切な生活習慣改善が自分で選択できるよう支援	個別保健事業の目標値を参考とする
5	D	健診未受診者	1	特定健診受診率向上対策事業	47	◆特定健診の受診勧奨	60%

事業番号 1 ①事業名称 特定健診受診率向上対策事業	
②事業の目的	特定健診受診率の向上
事業の概況	対象者の年齢や過去の特定健診受診歴、通院状況等に応じて勧奨を行い、特定健診受診を促します。勧奨方法は、通知勧奨、電話勧奨、みなし受診(診療情報提供、国保人間ドック受診、その他の健診等)です。また、複数言語に対応した特定健診が受診可能な医療機関を検索することが出来るウェブサイト(以下、特定健診医療機関検索サイト)やコールセンターを設置し、様々な住民ニーズに対応し、特定健診受診につながるよう努めています。
③対象者	対象者抽出時点において川口市住民、国民健康保険被保険者、特定健診対象であり、当該年度特定健診未受診のかたを対象とする。ただし、以下のかたは事業対象者から除外する。 ・現在介護施設等に入居し特定健診受診が不可能な状態にあると考えられるかた。 ・過年度事業において通知不要と連絡をいただいたかた。
④現在までの事業結果	第2期データヘルス計画の開始年度である平成30年度の特定健診受診率は35.0%でしたが、その後、徐々に受診率は増加したものの、新型コロナウイルス感染症の流行の影響により、令和2年度は30.9%まで減少しました。再び増加に転じましたが令和4年度には34.7%となっています。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧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	特定健診受診率	34.7%	39.0%	42.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
	特定健診3年連続受診者の割合	17.2%	19.3%	20.8%	22.3%	24.7%	27.2%	29.7%
	新規受診者の割合	8.5%	9.6%	10.3%	11.1%	12.3%	13.5%	14.7%
	不定期受診者の割合	9.0%	10.1%	10.9%	11.7%	13.0%	14.3%	15.6%
	不定期未受診者の割合	9.5%	8.9%	8.5%	8.0%	7.3%	6.6%	5.8%
	特定健診継続(3年連続)未受診者の割合	55.7%	52.1%	49.5%	47.0%	42.7%	38.4%	34.2%
(実施量・率)アウトプット指標	対象者への勧奨率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	新規対象者への情報提供	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	特定健診に関する情報提供	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	特定健診受診医療機関検索サイトの閲覧回数(回/ページ単位)	-	117,747	123,634	129,816	136,306	143,122	150,278
	勧奨通知発送者のうちアクセスユーザー割合	-	-	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%
⑨目標を達成するための主な戦略	これまでの受診勧奨通知を用いた一方的な情報提供だけではなく、勧奨通知やチラシなどから、自身の言語に合った特定健診医療機関検索サイトへアクセスしていただくことで、特定健診の受診方法や受診の流れ、FAQなどから必要な情報を得てもらい、条件に合った医療機関を検索し、予約、受診へとつなげます。その他不明点があればコールセンター、受診券再発行などはウェブ上から行えるため、住民のストレスを極力抑えながら、受診への意欲を保つことができると考えられます。							

⑩現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・医師会等連携会議の開催2回/年 ・関係各課との調整 ・診療報酬提供マニュアルの修正、医療機関への配布と説明 ・勧奨通知等委託業者の選定と契約
--

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・医師会等連携会議の開催2回/年を維持する ・勧奨通知から特定健診受診医療機関検索サイトの流入率10%以上
--

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・医師会等との協力 ・連携体制の確保 ・予算の確保 ・委託事業者の確保 ・人員(常勤・非常勤職員)の確保
--

⑬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"> ・継続的な予算の確保 ・連携体制の維持 ・特定健診医療機関検索サイトにおける追加言語対応
--

⑭評価計画

事業実施内容、実施内容は健康管理システムに入力し、個別、経年的に状況把握できるようにし、勧奨方法による受診率の差や複数年の受診状況等を確認します。また、勧奨通知等に個人識別コードを設置し、特定健診医療機関検索サイトへの流入を計測し、特定健診受診の有無を把握することで、流入無しのかたとの受診率の比較等を行います。
--

II. 重症化予防の取組

本市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者を各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、9,422人(37.5%)になります。そのうち治療なしが2,961人(24.3%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が1,625人(54.9%)となっています。また、重症化予防対象者の中の治療なしと特定保健指導対象者が重なるものが、2,961人中1,464人(49.4%)と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 65 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者の明確化

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする -

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少			＜参考＞ 健診受診者(受診率)																	
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		25,099人 34.3%																
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div>脳出血 (18.5%)</div> <div>脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div>心原性 脳塞栓症 (27.7%)</div> <div>ラクナ 梗塞 (31.2%)</div> <div>アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)</div> </div> <p style="font-size: small;">※脳卒中 データリンク 2015.5より</p> <p style="text-align: center;">非心原性脳梗塞</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>心筋梗塞</div> <div>労作性 狭心症</div> <div>安静 狭心症</div> </div>							■各疾患の治療状況 <table border="1" style="font-size: x-small;"> <tr><th></th><th>治療中</th><th>治療なし</th></tr> <tr><td>高血圧</td><td>9,397</td><td>15,702</td></tr> <tr><td>脂質異常症</td><td>7,406</td><td>17,688</td></tr> <tr><td>糖尿病</td><td>2,476</td><td>22,379</td></tr> <tr><td>3疾患 いずれか</td><td>12,922</td><td>12,177</td></tr> </table> <p style="font-size: x-small;">※問診結果による</p>			治療中	治療なし	高血圧	9,397	15,702	脂質異常症	7,406	17,688	糖尿病	2,476	22,379	3疾患 いずれか	12,922	12,177
	治療中	治療なし																									
高血圧	9,397	15,702																									
脂質異常症	7,406	17,688																									
糖尿病	2,476	22,379																									
3疾患 いずれか	12,922	12,177																									
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)																					
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)																					
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者	重症化予防対象者 (実人数)																			
該当者数	1,662 6.6%	202 0.8%	1,012 4.0%	637 2.5%	5,463 21.8%	1,628 6.5%	2,316 9.2%	9,422 37.5%																			
治療なし	991 6.3%	56 0.5%	927 5.2%	428 2.4%	908 7.5%	766 3.4%	710 5.8%	2,961 24.3%																			
(再掲) 特定保健指導	390 23.5%	23 11.4%	249 24.6%	180 28.3%	908 16.6%	194 11.9%	238 10.3%	1,464 15.5%																			
治療中	671 7.1%	146 1.1%	85 1.1%	209 2.8%	4,555 35.2%	862 34.8%	1,606 12.4%	6,461 50.0%																			
臓器障害 あり	499 50.4%	56 100.0%	398 42.9%	190 44.4%	406 44.7%	405 52.9%	710 100.0%	1,625 54.9%																			
CKD(専門医対象者)	108	8	91	58	84	123	710	710																			
心電図所見あり	447	56	347	157	363	333	279	1,194																			
臓器障害 なし	492 49.6%	—	529 57.1%	238 55.6%	502 55.3%	361 47.1%	—	—																			

出典:ヘルスサポートラボツール

1. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

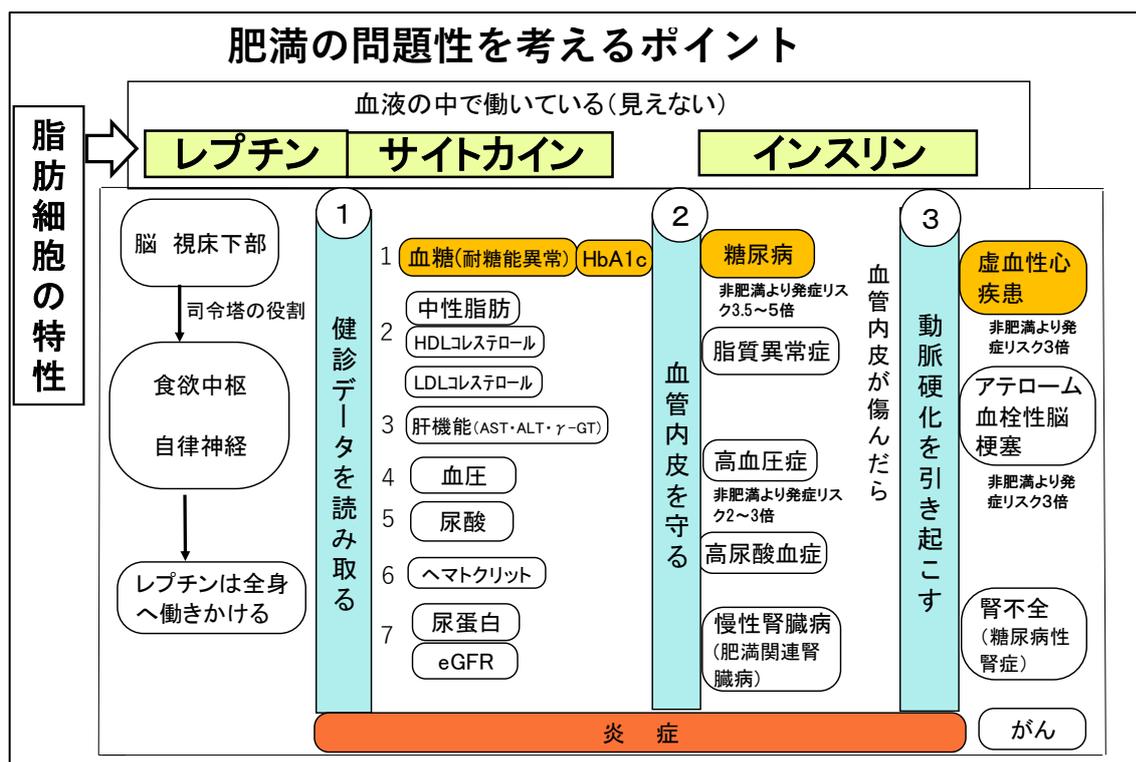
1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームとは、内臓脂肪型肥満に加えて、動脈硬化リスクである高血圧・高血糖・脂質異常のうち2つ以上重なった状態のことをいいます。

「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。また、メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が、現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」(メタボリックシンドロームの定義と診断基準より)

なお、取組みにあたっては図表 66 に基づいて考えていきます。

図表 66 肥満の問題性を考えるポイント



出典:「特定健診・特定保健指導実践へ向けて」

※図表 66: 肥満・メタボリックシンドロームは、下段の炎症(脂肪組織に慢性的な炎症)を起こしている状態であり、全身に悪影響を与えると考えられています。データでみると、①健診データの1血糖(耐糖能異常)、HbA1c が徐々に高くなり、2中性脂肪、3肝機能、4血圧、5尿酸等が高くなっていく。次に②血管内皮が傷んでくると、糖尿病、脂質異常症、高血圧症、高尿酸血症、慢性腎臓病が発症し、最終的には③動脈硬化を引き起こし、虚血性心疾患、アテローム血栓性脳梗塞、腎不全を起こすことがわかってきています。

2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

注) 肥満度分類とは、BMI(体格指数)をもとに肥満度を4つに分類したものです。(肥満症診療ガイドライン)

図表 67 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類							
					肥満				高度肥満			
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数 (人)	8,990	16,109	2,800	4,444	2,114	3,816	559	545	96	75	31	8
			31.1%	27.6%	23.5%	23.7%	6.2%	3.4%	1.1%	0.5%	0.3%	0.0%
再掲 男性 (人)	4,217	6,686	1,748	2,247	1,327	2,016	346	206	55	23	20	2
			41.5%	33.6%	31.5%	30.2%	8.2%	3.1%	1.3%	0.3%	0.5%	0.0%
女性 (人)	4,773	9,423	1,052	2,197	787	1,800	213	339	41	52	11	6
			22.0%	23.3%	16.5%	19.1%	4.5%	3.6%	0.9%	0.6%	0.2%	0.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

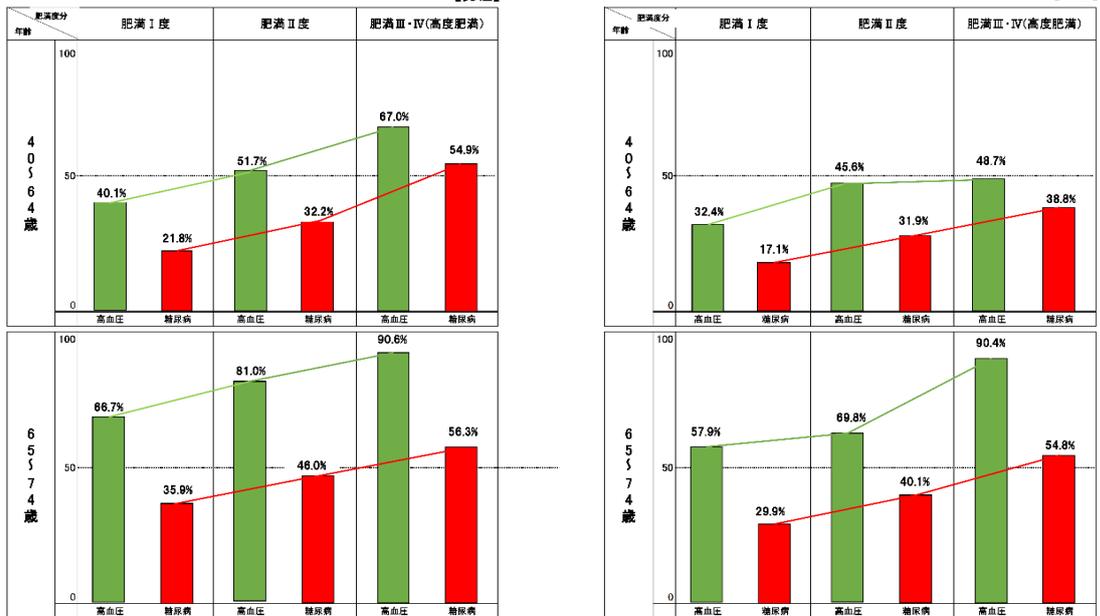
(2) 優先順位をつけます。

肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを科学的な根拠(EBM)「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけます。

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます

図表 68 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？

肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？ 一番問題である高血圧と糖尿病をグラフに表してみました



出典：食に関する生活習慣病(肥満・糖尿病)の解決にむけて

図表 68 をみると、肥満度及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなるた

め、未だ両疾患の発症が50%に満たない肥満I度で、若い年代(40~64歳)を対象とすることが効率的だと考えます。

② 心疾患・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 69 心疾患・脳血管疾患を発症した事例

心疾患・脳血管疾患を発症した事例から課題を整理する

事例No.	性別	発症年齢	KDBから把握							介護	特定健診	転帰			
			レシピ												
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患								
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常症				高尿酸血症		
1	男	60代		●	●			●		●				メタボ	
2	男	60代	●		●			●		●	●			メタボ	死亡
3	男	50代	●					●	●	●			要介護2	メタボ	
4	男	50代		●		●		●	●	●	●			メタボ	
5	男	40代		●		●		●	●	●	●			メタボ	

3) 対象者の明確化

(1) 対象者の抽出

図表 70 年代別メタボリック該当者の状況 (R4 年度)

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70~74歳	総数	40代	50代	60代	70~74歳	
健診受診者(人)	A	10,903	1,175	1,842	3,500	4,386	14,196	1,148	1,969	4,936	6,143	
メタボ該当者(人)	B	3,759	236	584	1,314	1,625	1,704	39	161	619	885	
	B/A	34.5%	20.1%	31.7%	37.5%	37.0%	12.0%	3.4%	8.2%	12.5%	14.4%	
再掲	① 3項目全て	C	1,240	49	170	456	565	519	8	51	198	262
		C/B	33.0%	20.8%	29.1%	34.7%	34.8%	30.5%	20.5%	31.7%	32.0%	29.6%
	② 血糖+血圧	D	556	21	71	198	266	205	3	15	80	107
		D/B	14.8%	8.9%	12.2%	15.1%	16.4%	12.0%	7.7%	9.3%	12.9%	12.1%
	③ 血圧+脂質	E	1,744	141	288	605	710	885	24	78	307	476
		E/B	46.4%	59.7%	49.3%	46.0%	43.7%	51.9%	61.5%	48.4%	49.6%	53.8%
	④ 血糖+脂質	F	219	25	55	55	84	95	4	17	34	40
		F/B	5.8%	10.6%	9.4%	4.2%	5.2%	5.6%	10.3%	10.6%	5.5%	4.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 71 メタボリック該当者の治療状況 (R4 年度)

	受診者(人)	男性						女性						
		メタボ該当者		3疾患治療の有無				メタボ該当者		3疾患治療の有無				
		人数	割合	あり		なし		人数	割合	あり		なし		
				人数	割合	人数	割合			人数	割合	人数	割合	
総数	10,903	3,759	34.5%	3,040	80.9%	719	19.1%	14,196	1,704	12.0%	1,515	88.9%	189	11.1%
40代	1,175	236	20.1%	117	49.6%	119	50.4%	1,148	39	3.4%	22	56.4%	17	43.6%
50代	1,842	584	31.7%	399	68.3%	185	31.7%	1,969	161	8.2%	134	83.2%	27	16.8%
60代	3,500	1,314	37.5%	1,089	82.9%	225	17.1%	4,936	619	12.5%	548	88.5%	71	11.5%
70~74歳	4,386	1,625	37.0%	1,435	88.3%	190	11.7%	6,143	885	14.4%	811	91.6%	74	8.4%

出典：ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 70)は、男性で 50 代から受診者の 2~3 割を超えるが、女性では 60 代・70 代で 1 割程度であるため、男性を優先にすることが効果的であると考えます。

また、メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 71)をみると、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(2) 対象者の選定基準の考え方と優先順位

- ①メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ②治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- ③特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

4) 保健指導の実施

対象者への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に保健指導を行っていきます。

事業番号 2	①事業名称	特定保健指導実施率向上対策事業
②事業の目的	対象者にあつた効果的・効率的な保健指導の実施により行動変容を促し、メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少、生活習慣病(高血圧・糖尿病・脂質異常症)関連の医療費の適正化をはかる。そのため、未利用者・中断者を減らして、終了者を増やす。	
③対象者	特定健康診査結果から、積極的支援・動機付け支援対象で、特定保健指導未利用、未終了のかた。	
④現在までの事業結果	事業は委託事業者が実施。特定保健指導実施率は年々増加し令和4年度法定報告値は20.3%で、県内市町村平均の18.9%よりは高いが、国の目標である60%との開きが大きい。	

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧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を増やす	37.3%	37.3%	37.4%	37.5%	37.6%	37.7%	37.8%
	メタボリックシンドローム該当者の割合	21.8%	21.8%	21.7%	21.6%	21.6%	21.5%	21.4%
	メタボリックシンドローム予備群の割合	11.6%	11.6%	11.5%	11.4%	11.4%	11.3%	11.2%
アウトプット(実施量・率)指標	特定保健指導実施率	20.3%	25.3%	28.0%	36.0%	44.0%	52.0%	60.0%
	ハガキ勧奨対象者への勧奨ハガキ対象者への勧奨率	100.0%	維持	維持	維持	維持	維持	維持

⑨目標を達成するための主な戦略	参加者は65歳以上が多いため、40、50代のが参加しやすいICTを活用した内容の検討と、案内通知の工夫。
-----------------	--

⑩現在までの実施方法(プロセス)

事業は委託事業者が実施。利用勧奨は、案内通知の内容の工夫(動機付けと積極的支援で内容を変更、終了時のインセンティブ商品の掲載等)、申し込み方法(メール、電話、手紙、FAX)、複数回による電話勧奨やハガキに勧奨を実施。また、中断者を減らすため、指導資料や面接方法の工夫(夜間開催、ICTの活用等)を行っている。

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

保健指導を断つた理由として、「以前も受けたことがある」があり、参加しなくなる内容の工夫。40,50代の実施者が少ないため、アプリの活用など参加しやすい方法の検討。保健指導対象者に服薬者も多いため、問診票の記載を間違えない対策を考える。

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・国保課職員(保健師3名、事務職1名):保健指導対象者の選定、会場の確保、委託事業者との調整や資料等の確認、連合会への支払い事務、予算の確保。
- ・委託事業者:案内通知作成、勧奨、保健指導、報告者作成、連合会への報告、請求等。
- ・医師会:理事会と打合せ。情報提供や事業報告に対し、助言等を実施。
- ・自庁システム業者:対象者抽出等の支援や改修等。

⑬今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・国保課職員:事業にあつた予算の確保。効果的な勧奨、支援内容を検討する。
- ・委託事業者の確保:規模が大きいため実施できる事業者が少ないため、ICTの活用等により実施できる事業者を増やす。
- ・医師会との連携の継続。
- ・自庁システム業者:制度改正に伴う改修や、効率的な事業が実施できるよう連携を図る。対象者や、利用者の健診結果等の経年変化や、中断状況等の把握や事業展開の検討のため、事業実施結果や支援方法等を自庁システムに取り込む方法を検討する。

⑭評価計画

中長期的には、特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合等で評価する。年度毎の事業評価は、特定保健指導実施率や、案内通知や電話勧奨やハガキによる効果を、申し込みの割合を前年度と比較することで、保健指導中断者については、中断利用と割合で評価する。

2. 糖尿病性腎症重症化予防

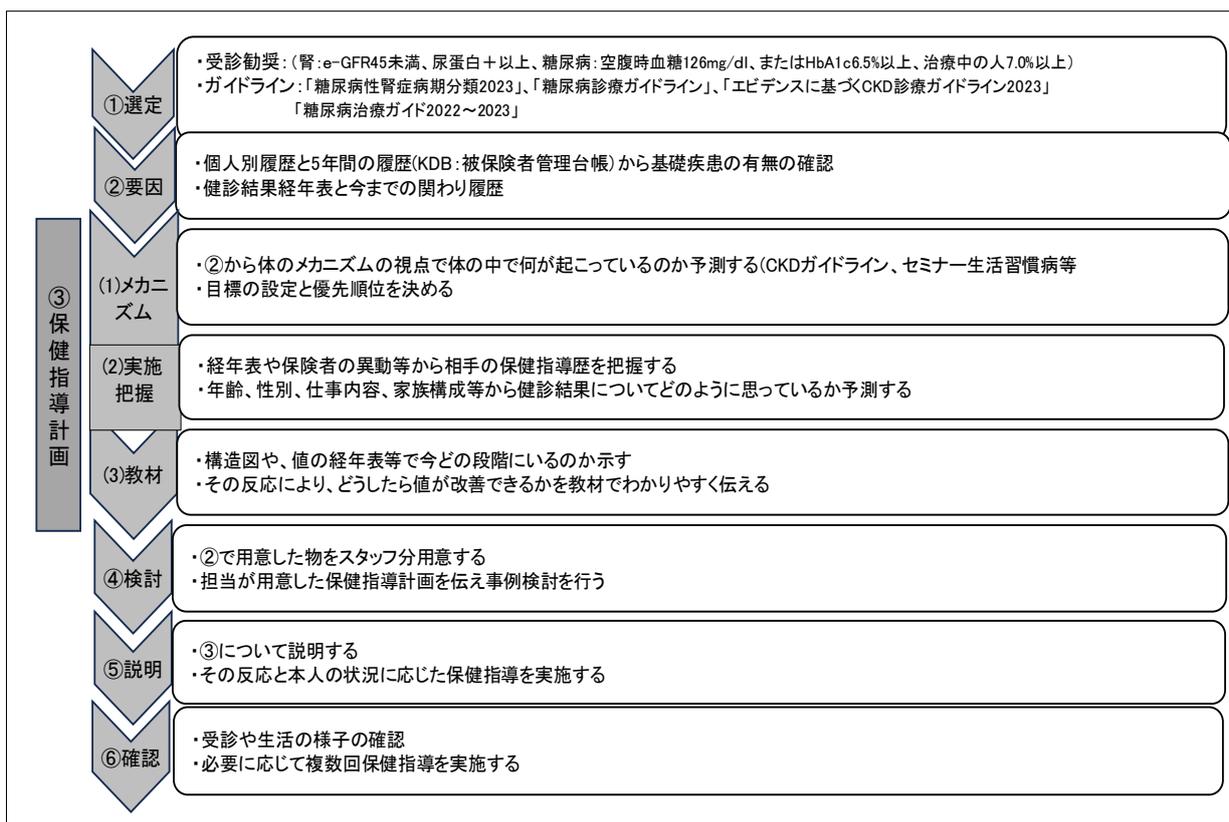
1) 基本的な考え方

埼玉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者(Ⅱ型糖尿病に限る)に対して受診勧奨を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病で治療中の者にあたっては通院先の医療機関(市内委託医療機関に限る)の医師の指示に基づき保健指導を行うことにより、糖尿病性腎症の重症化を予防し、国民健康保険の被保険者及び後期高齢者医療保険の被保険者の健康維持、医療費の適正化を実現します。

なお、取組にあたっては図表 72 に沿って実施します。

- (1) 健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表 72 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、埼玉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
 - ・糖尿病性腎症で通院している者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。

図表 73 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類 2023 ^{注1}		
病期	尿中アルブミン・クレアチニン比(UACR, mg/g) あるいは 尿中蛋白・クレアチニン比(UPCR, g/g)	推算糸球体濾過量 ^{注3} (eGFR, ml/分/1.73m ²)
正常アルブミン尿期(第1期) ^{注2}	UACR30未満	30以上
微量アルブミン尿期(第2期) ^{注4}	UACR30~299	30以上
顕性アルブミン尿期(第3期) ^{注5}	UACR300以上あるいはUPCR0.5以上	30以上
GFR高度低下・末期腎不全期(第4期)	問わない	30未満
腎代替療法期(第5期)	透析療法中あるいは腎移植後	

注1: 糖尿病性腎症は必ずしも第1期から順次第5期まで進行するものではない。また評価の際には、腎症病期とともに、慢性腎臓病(CKD)重症度分類も併記することが望ましい。

注2: 正常アルブミン尿期は糖尿病性腎症の存在を否定するものではなく、この病期でも糖尿病性腎症に特有の組織変化を呈している場合がある。

注3: eGFR60ml/分/1.73m²未満の症例はCKDに該当し、糖尿病性腎症以外のCKDが存在しうるため、他のCKDとの鑑別診断が必要である。なお血清クレアチニンに基づくeGFRの低下を認めた場合、血清シスチンCに基づくeGFRを算出することで、より正確な腎機能を評価できる場合がある。

注4: 微量アルブミン尿を認めた患者では、糖尿病性腎症早期診断基準にしたがって鑑別診断を行ったうえで、微量アルブミン尿と診断する。微量アルブミン尿は糖尿病性腎症の早期診断に必須のバイオマーカーであるのみならず、顕性アルブミン尿への移行及び大血管障害のリスクである。GFR60ml/分/1.73m²以上であっても微量アルブミン尿の早期発見が重要である。

注5: 顕性アルブミン尿の患者では、eGFR60ml/分/1.73m²未満からGFRの低下に伴い腎イベント(eGFRの半減、透析導入)が増加するため注意が必要である。

出典: 糖尿病性腎症合同委員会・糖尿病性腎症病期分類改訂ワーキンググループ

糖尿病性腎症病期分類 2023 では尿アルブミン・クレアチニン比(第3期では尿中蛋白・クレアチニン比)及び推算糸球体濾過量(eGFR)で把握していきます。

本市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+))としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。特定健診受診者の中ですでに糖尿病型が3,590人(14.3%・E)で、そのうち未治療者が1,081人(30.1%・F)でした。また、40～74歳における糖尿病治療者16,655人(18.3%・H)のうち、特定健診受診者はわずか2,509人(G)であり、特定健診未受診者14,146人(84.9%・I)については、治療中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

図表74より本市における介入方法を以下のとおりとします。

優先順位1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・1,081人

優先順位2

【保健指導】

- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者(J)・・・1,202人
治療中断しない(継続受診)のための保健指導

- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

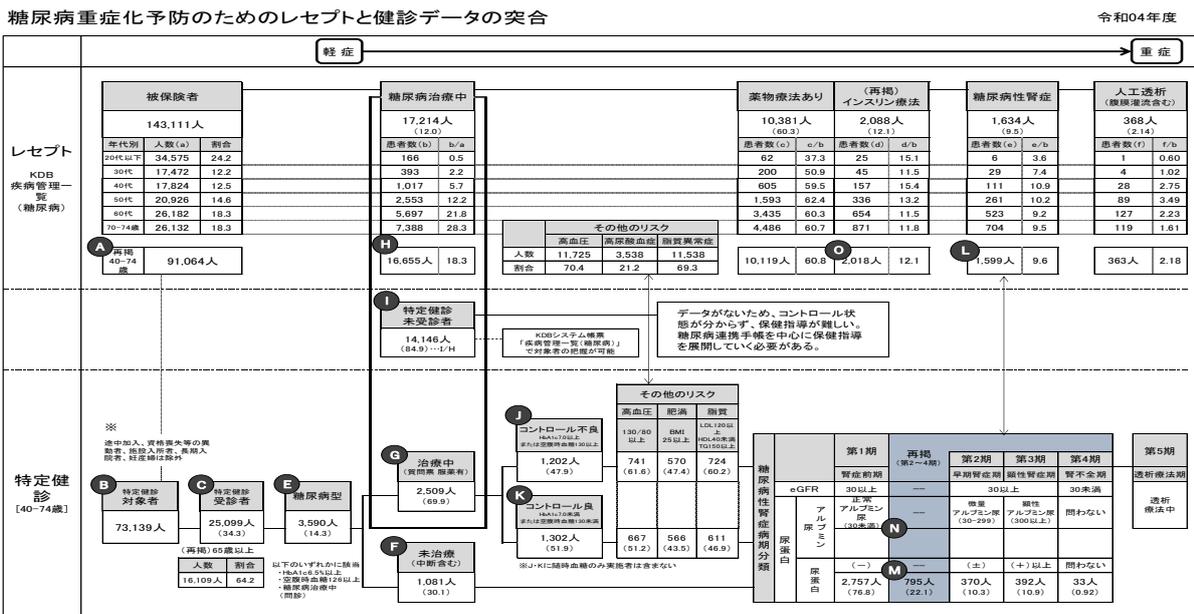
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

【保健指導】

- ・Iの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表74 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。本市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。なお、対象者への保健指導については、糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っています。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、通知等による受診勧奨を行います。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては埼玉県プログラムに準じて行っています。

5) 高齢者保健部門との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、健康増進課と連携していきます。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は KDB 等の情報を活用します。

7) 実施期間及びスケジュール

5月 :対象者の選定基準の決定

6月 :介入方法、実施方法の決定

7月 :対象者の抽出

8月～:対象者へ介入

事業番号 3	①事業名称	糖尿病性腎症重症化予防事業
---------------	--------------	----------------------

②事業の目的	分析により川口市は、同規模自治体よりも慢性腎不全、脳血管疾患、心疾患、糖尿病に関する医療費が高額である。高血圧と糖尿病の合併症が各年代で高くなっている。高齢者の骨折・認知症が生活習慣病(高血圧・糖尿病)との重なりも含めて各年代で増加している。糖尿病腎症者への保健指導、受診中断者・未受診者への受診勧奨を行うことで、糖尿病重症化予防、ひいては糖尿病性腎症の重症化を予防することで、人工透析者の減少をはかる。
③対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導(新規): 糖尿病性腎症の病期2~4期(不明も含む)で、本人の参加希望があり、市内医療機関の担当医から事業参加の指示依頼書が得られるかた。 ・保健指導(経年)また事業参加後、翌年度の参加を希望したかた(経年参加者) ・受診勧奨(治療中断者): 糖尿病の受診歴があるが、治療を中断していると思われるかた。
④現在までの事業結果	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導(新規)参加者は年15~25人前後。生活習慣の見直しにより、参加者の60%にBMIやHbA1cの維持や改善があった。経年参加者は、年35~45人前後。生活習慣の見直しにより、参加者の40~60%にBMIやHbA1cの維持や改善があった。 ・受診勧奨は、治療中断者と未受診者を合わせて300人前後。実施年度により違うが、60%程度受診している。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績		⑧目標値				
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム (成果) 指標	健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	9.2%	9.2%	9.2%	9.1%	9.1%	9.1%	9.0%
	健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少	1.4%	1.4%	1.4%	1.3%	1.3%	1.3%	1.2%
	HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	10.8%	10.8%	10.8%	10.7%	10.7%	10.6%	10.5%
アウトプット (実施量・率) 指標	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	65.1%	65.2%	65.2%	65.3%	65.3%	65.4%	65.5%
	保健指導(新規)参加者のHbA1cの維持・改善率	64.3%	64.4%	64.5%	64.6%	64.7%	64.8%	65.0%
	保健指導(経年)参加者のHbA1cの改善率	48.8%	48.9%	49.0%	49.2%	49.3%	49.4%	49.5%

⑨目標を達成するための主な戦略	保健指導の対象者のうち申込者が少ないため、案内通知の内容を検討。電話による受診勧奨については市内詐欺事件の影響で、電話に出てくれる人が減っているため、通知の内容を検討する。
------------------------	--

⑩現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導(新規): 対象者へ保健指導事業案内通知を送付し、電話勧奨を実施。申込者の担当医へ指示依頼書を送付し、指示を受けた後、保健指導4回(面接2回、電話2回)を約6か月間で実施する。 ・保健指導(経年): 前年度参加最終で翌年度の参加の有無を確認。希望者の担当医へ指示依頼書を送付し、指示を受けた後、保健指導2回(面接1回、電話1回)を約6か月間で実施する。 ・受診勧奨(治療中断者・未受診者): 対象者を抽出後、1回目の受診勧奨通知(2種類)を作成し送付。同封したハガキの返信がない、レセプトにて受診が確認できない場合、電話勧奨を実施。期間を置いて2回目の受診勧奨通知を送付。レセプトにて受診が確認できない場合、電話勧奨を実施。

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

保健指導を断った理由として、「以前も受けたことがある」があり、参加しなくなる内容の工夫。40,50代の実施者が少ないため、参加しやすい方法の検討。受診勧奨については、勧奨通知の内容の検討。
--

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・国保課職員(保健師3名、事務職1名): 保健指導対象者の選定、会場の確保、委託事業者との調整や資料等の確認、予算の確保。 ・委託事業者: 各案内通知等作成、受診勧奨、保健指導、報告書作成、請求等。 ・医師会: 理事会と打合せ。情報提供や事業報告に対し、助言等を実施。 ・自庁システム業者: 対象者抽出等の支援や改修等。

⑬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"> ・国保課職員: 事業にあった予算の確保。効果的な勧奨、支援内容を検討する。 ・委託事業者の確保: 高齢者保健事業室と連携していること、規模が大きいため実施できる事業者が少ないため、ICTの活用等により実施できる事業者を増やす。 ・医師会との連携の継続。 ・自庁システム業者: 制度改正に伴う改修や、効率的な事業が実施できるよう連携を図る。対象者や、利用者の健診結果等の経年変化や、中断状況等の把握や事業展開の検討のため、事業実施結果や支援方法等を自庁システムに取り込む方法を検討する。

⑭評価計画

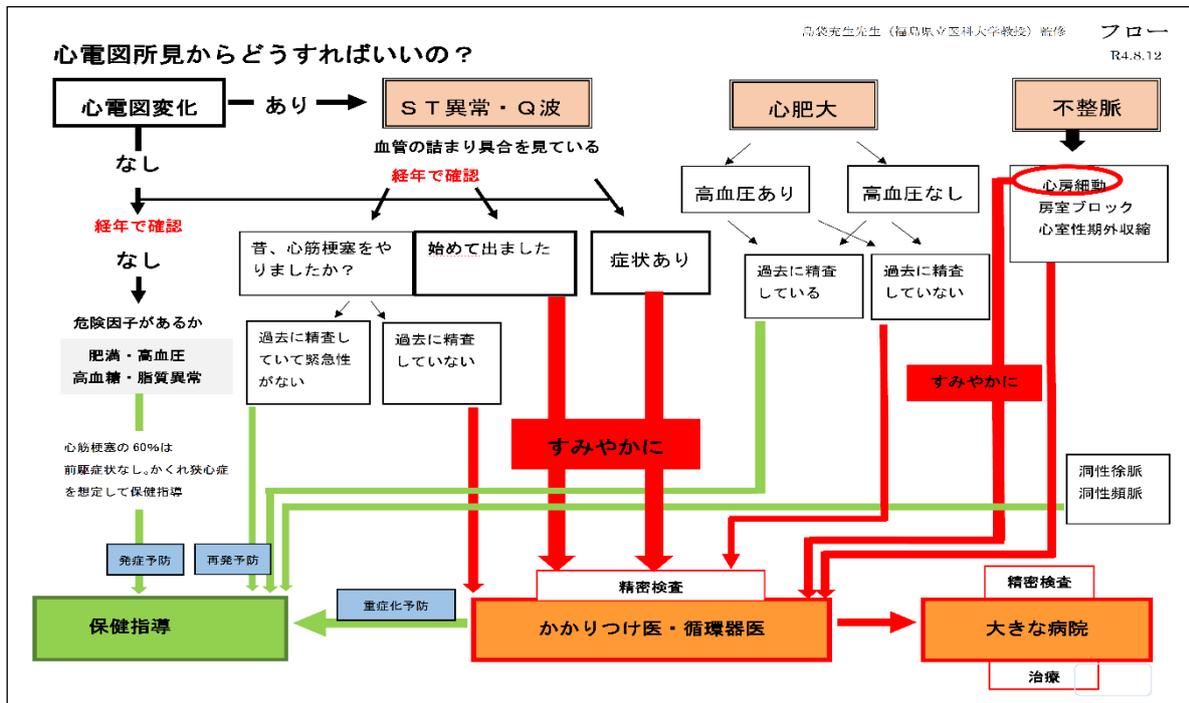
中長期的には、健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)、健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少で実施。年度毎の事業評価は、保健指導参加者のBMI、HbA1cの改善率、糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合で行う。
--

3. 循環器疾患(虚血性心疾患・脳血管疾患)重症化予防

1) 基本的な考え方

循環器疾患重症化予防の取組にあたっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版、脳卒中治療ガイドライン 2021、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン 2019 等に基づいて進めます。(図表 75,76,77)

図表 75 心電図所見からのフロー



出典:「心電図所見からの保健指導」

図表 76 脳卒中の分類

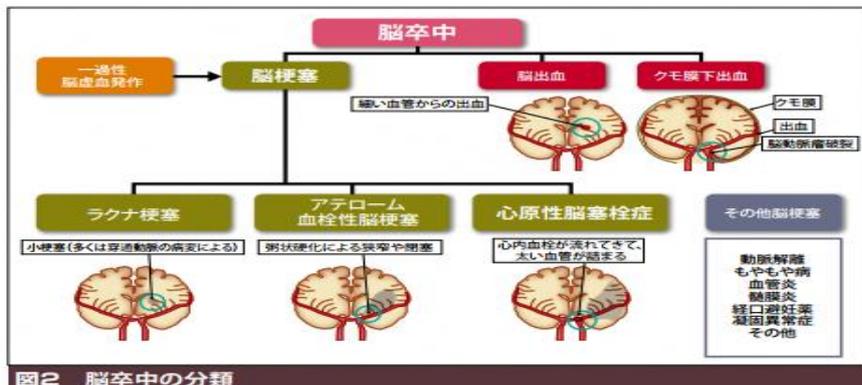


図2 脳卒中の分類

出典:「脳卒中予防への提言」

図表 77 脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (○はハイリスク等)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓 病(CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

出典:「脳卒中治療ガイドライン 2021」

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

心電図検査はもっとも基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つであり、「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル:日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

本市では、心電図検査を23,900人(95.2%)に実施し、そのうち有所見者が9,555人(40.0%)でした。所見の中でもST-T変化が2,872人(30.1%)と所見率が一番高く、次に期外収縮の968人(10.1%)でした。(図表78)

図表 78 心電図検査結果

所見 性別・ 年齢	心電図検査				所見内訳																
	実施者数 A(人)		有所見者数 B(人)	有所見率 B/A	ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施率	人数C			割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B		
40~74歳	23,900	95.2%	9,555	40.0%	817	8.6%	2,872	30.1%	297	3.1%	944	9.9%	349	3.7%	198	2.1%	202	2.1%	968	10.1%	
内 訳	男性	10,266	94.2%	4,382	42.7%	398	9.1%	1,125	25.7%	163	3.7%	503	11.5%	224	5.1%	100	2.3%	158	3.6%	461	10.5%
	女性	13,634	96.0%	5,173	37.9%	419	8.1%	1,747	33.8%	134	2.6%	441	8.5%	125	2.4%	98	1.9%	44	0.9%	507	9.8%

川口市R4健診データ

図表 80 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
p50 表3-2 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
	8,093	4,180 51.6%	2,922 36.1%	788 9.7%	203 2.5%
リスク第1層 予後影響因子がない	521	C 323 7.7%	B 152 5.2%	B 35 4.4%	A 11 5.4%
	6.4%				
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	4,547	C 2,372 56.7%	B 1,654 56.6%	A 427 54.2%	A 94 46.3%
	56.2%				
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	3,025	B 1,485 35.5%	A 1,116 38.2%	A 326 41.4%	A 98 48.3%
	37.4%				

…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	2,072
		25.6%
B	概ね1ヵ月後に再評価	3,326
		41.1%
C	概ね3ヵ月後に再評価	2,695
		33.3%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 80 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる「A」については、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 81 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況を見ています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 81 心房細動有所見状況(R4 年度)

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	10,903	14,196	10,266	94.2%	13,634	96.0%	158	1.5%	44	0.3%	--	--
40代	1,175	1,148	1,138	96.9%	1,113	97.0%	1	0.1%	1	0.1%	0.2%	0.0%
50代	1,842	1,969	1,749	95.0%	1,906	96.8%	8	0.5%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	3,500	4,936	3,286	93.9%	4,739	96.0%	47	1.4%	11	0.2%	1.9%	0.4%
70～74歳	4,386	6,143	4,093	93.3%	5,876	95.7%	102	2.5%	32	0.5%	3.4%	1.1%

※1 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率
日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は、70～79歳

出典:ヘルスサポートラボツール

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と医療機関の受診勧奨を行う必要があります。また、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも、心電図検査は重要であるため本市においては、平成 30 年度より健診受診者全員に心電図検査を実施しています。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。

(2) 対象者

高血圧者

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧以上を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていきます。

4) 他課との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、生活支援等の必要性が出てきた場合には、高齢者保健事業室、長寿支援課(地域包括支援センター)、健康増進課や地域保健センター等と連携していきます。

5) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価につ

いてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行います。その際はKDB等の情報を活用します。

6) 実施期間及びスケジュール

4～5月 : 対象者の選定基準、介入方法、実施の決定

5月～ : 対象者の抽出、介入

事業番号 4	①事業名称	特定保健指導以外の保健指導
②事業の目的	川口市は、同規模自治体よりも慢性腎不全、脳血管疾患、心疾患、糖尿病に関する医療費が高額である。高血圧と糖尿病の合併症が各年代で高くなっている。循環器疾患(虚血性心疾患、脳血管疾患)の重症化リスクの高いかたへ、医療機関未受診者への受診勧奨を行うことにより治療に結び付けるとともに、生活改善が必要なかたへ保健指導を行い早期介入することで、重症化を予防する。	
③対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨: 特定健康診査結果とレセプトから受診勧奨値であるが未受診、治療を中断されているかた ・早期介入: 特定健康診査結果とレセプトから保健指導判定値で生活習慣改善が必要なかた 	
④現在までの事業結果	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨: 特定健康診査結果から、より受診勧奨が必要なかた年500～600人へ通知と電話による勧奨を実施。勧奨後、約30%が受診している。 ・早期介入: 特定健康診査結果とレセプトから保健指導判定値で生活習慣改善が必要なかた年900～1000人へ生活習慣の改善を促す通知を送付。翌年度特定診査結果値の改善等により、早期介入事業対象外となるかたもいるため、通知だけでも効果があつた。 	

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	9.2%	9.2%	9.2%	9.1%	9.1%	9.1%	9.0%
	健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	1.4%	1.4%	1.4%	1.3%	1.3%	1.3%	1.2%
	HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合の減少	10.8%	10.8%	10.8%	10.7%	10.7%	10.6%	10.5%
	血圧が保健指導判定値以上の者の割合の減少	58.1%	57.9%	57.5%	57.0%	56.8%	56.5%	56.0%
	受診勧奨者のうち医療機関への受診率の増加	30.2%	30.4%	30.6%	31.0%	31.2%	31.4%	31.5%
	保健指導教室(糖尿病・高血圧)参加者のうち、検査結果が改善した者の割合の増加	R6年度から開始	8.0%	9.0%	10.0%	11.0%	12.0%	13.0%
アウトプット(実施量・率)指標	受診勧奨対象者への通知送付数	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

⑨目標を達成するための主な戦略	受診勧奨通知内容の工夫。特に血糖、血圧に関する生活習慣改善の保健指導を実施する教室を新規で実施することで、重症化予防と検査結果の改善をはかる。
-----------------	---

⑩現在までの実施方法(プロセス)

- ・受診勧奨: 特定健康診査結果から、より受診勧奨が必要なかたへ通知と電話による勧奨を実施。
- ・早期介入: 特定健康診査結果とレセプトから保健指導判定値で生活習慣改善が必要なかたへ、生活習慣の改善を促す通知を送付。

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・受診勧奨: 特定健康診査結果から、より受診勧奨が必要なかたへ通知と電話による勧奨を実施。詐欺電話により留守番電話や電話に出ないかたが増加し電話による勧奨が難しくなっているため、通知の内容を見直ししていく。
- ・早期介入: 特定健康診査結果とレセプトから保健指導判定値で生活習慣改善が必要なかたへ、生活習慣の改善を促す通知を送付。特に血糖、血圧に関する生活習慣改善の保健指導を実施する教室を新規で実施することで、重症化予防をはかる。

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・国保課職員(保健師3名、事務職1名): 保健指導対象者の選定、会場の確保、委託事業者との調整や資料等の確認、予算の確保。
- ・委託事業者: 各案内通知等作成、受診勧奨、保健指導、報告書作成、請求等。
- ・自庁システム業者: 対象者抽出等の支援や改修等。

⑬今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・国保課職員: 事業にあった予算の確保。効果的な勧奨、支援内容を検討する。
- ・委託事業者の確保: 検査やICTの活用等による保健指導等、新しい取組みを事業者と検討していく。
- ・自庁システム業者: 効率的な事業が実施できるよう連携を図る。対象者や、利用者の健診結果等の経年変化や、中断状況等の把握や事業展開の検討のため、事業実施結果や支援方法を自庁システムに取り込む方法を検討する。

⑭評価計画

中長期的には、健診受診者の血糖異常者の割合の減少率(HbA1C6.5%以上)、健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少率、血圧が保健指導判定値以上の者の割合の減少率で評価する。年度毎の事業評価は、受診勧奨者のうち医療機関への受診率の増加や保健事業参加者の数値の改善率で行う。

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

2) 事業の実施

本市は、令和4年度より埼玉県後期高齢者広域連合から事業を受託し、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

具体的には、

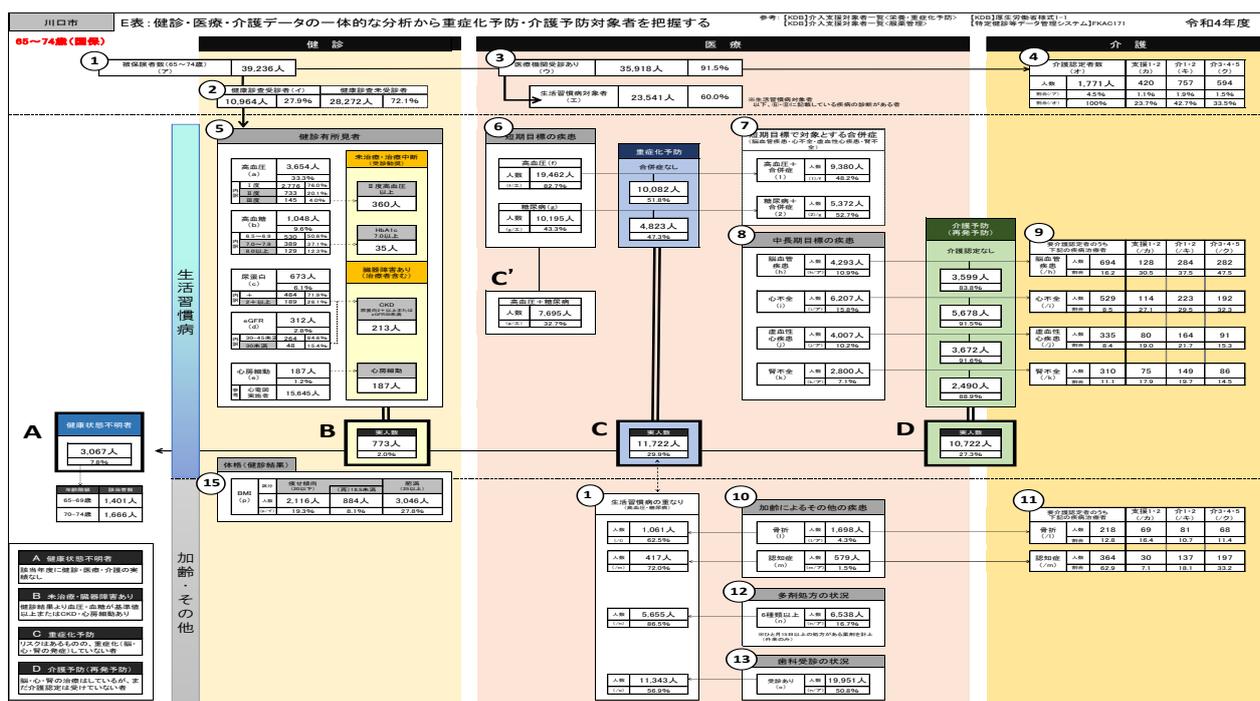
(1) 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

KDB システムを活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握及び地域の健康課題を整理し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

(2) 個別支援と通いの場への積極的関与の実施

健診結果、血糖等の検査値以上にも関わらず医療機関を未受診または一定期間受診をしていない中断者に対し、受診勧奨を行います。さらに重症化リスクが高い対象者には専門職による保健指導を行います(ハイリスクアプローチ)。また、フレイル予防の啓発として通いの場にて健康教育・健康相談を実施していきます(ポピュレーションアプローチ)。

図表 82 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



IV. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題であります。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起されます。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見えていくことが必要になります。

図表 83 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

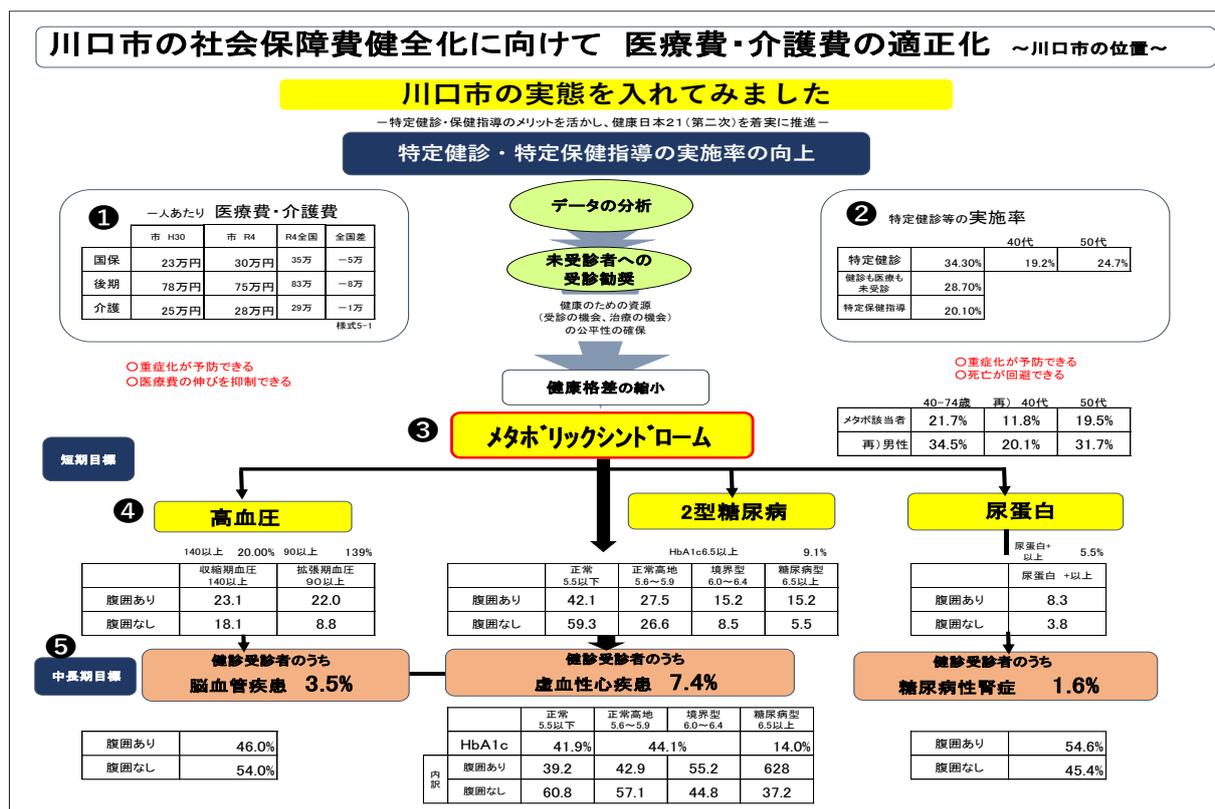
糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える																
—基本的考え方— (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)																
発症予防 重症化予防																
1 根拠法	健康増進法															
6条 健康増進事業実施者	母子保健法			児童福祉法			学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)	高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)					
2 計画	健康増進計画(県) (市町村努力義務) 【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】															
	データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)															
3 年代	妊婦(胎児期)		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳			15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上	
4 健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診断 (11・12条)			児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)			定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)	後期高齢者健康診査 (第125条)
	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)			
5 対象 者 診 査 内 容	血糖	95mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上								
	HbA1c	6.5%以上						6.5%以上								
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上														
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上								
	(診断) 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの														
	身長 体重															
	BMI											25以上				
	肥満度			かつ18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上								
	尿糖	(+)以上						(+)以上								
	糖尿病家族歴															

出典:「専門職としての活動計画 糖尿病編」

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。(図表 84)

図表 84 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



VI その他

医療費適正化のための取組み

(1)適正服薬・適正受診の促進

健診・医療情報を活用したその他の取組みとしては、診療報酬明細書等情報を利用して、同一疾患で複数の医療機関を重複して受診している被保険者に対し、医療機関、保険者等の関係者が連携して、適切な受診の指導を行っています。

(2)後発医薬品の使用促進

診療報酬等情報の基づき、後発医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額に関して被保険者に通知を行っています。

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行います。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・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ことが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none">・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む)・保健指導実施のための専門職の配置・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none">・保健指導等の手順・教材はそろっているか・必要なデータは入手できているか。・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none">・特定健診受診率、特定保健指導率・計画した保健事業を実施したか。・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none">・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

この評価における4つの指標をもとに国保データベース(KDB)やレセプト、自庁システムを活用して各事業の具体的な評価を行います。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価していきます。

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

市広報及びホームページ等を通じて公表・周知を図ります。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定します。

2. 個人情報の取扱い

(1) 基本的な考え方

個人情報の取扱いについては、個人の情報の保護に関する法律（以下、「個人情報保護法」という。）、その他関係法令等を踏まえた対応を基本とします。

また、効果的な保健事業を実施する観点から、対象者の利益を最大限に保障するため、個人情報の保護に十分配慮しつつ、保有している情報を有効に利用します。

(2) 具体的な方法

個人情報の取扱いに関しては、個人情報保護法、その他関係法令等に基づき行います。

また、保健事業を外部に委託する際は、個人情報の管理方法、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の履行状況を管理します。

(3) 特定健康診査・特定保健指導に係る情報等の保管及び管理

特定健康診査結果データ、レセプトデータ等は、埼玉県国民健康保険団体連合会が原則 5 年間、保管と管理を行います。

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた川口市の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料4 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 HbA1c の年次比較

参考資料7 血圧の年次比較

参考資料8 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた川口市の位置

項目		川口市				同規模平均		埼玉県		国				
		H30年度		R4年度		R4年度		R4年度		R4年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1 概況	① 人口構成	総人口	573,156		583,935		31,452,289		7,128,566		123,214,261			
		65歳以上(高齢化率)	129,410	22.6	137,923	23.6	8,314,675	26.4	1,934,994	27.1	35,335,805	28.7		
		75歳以上	56,837	9.9	71,165	12.2	--	--	969,886	13.6	18,248,742	14.8		
		65～74歳	72,573	12.7	66,758	11.4	--	--	965,108	13.5	17,087,063	13.9		
		40～64歳	199,123	34.7	206,421	35.3	--	--	2,463,113	34.6	41,545,893	33.7		
	39歳以下	244,623	42.7	239,591	41.0	--	--	2,730,459	38.3	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業	0.7		0.7		1.8		1.7		4.0			
		第2次産業	25.3		25.3		21.5		24.9		25.0			
		第3次産業	74.0		74.0		76.8		73.4		71.0			
	③ 平均寿命	男性	80.2		80.2		80.9		80.8		80.8			
女性		86.4		86.4		87.1		86.7		87.0				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	79.3		79.2		80.1		80.2		80.1				
	女性	83.3		83.3		84.4		84.2		84.4				
2 死亡	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	107.7		108.6		99.3		99.8		100.0			
			109.0		106.2		99.4		104.2		100.0			
		死因	がん	1,495	53.1	1,665	51.5	90,510	51.2	20,463	51.8	378,272	50.6	
			心臓病	727	25.8	943	29.2	48,318	27.3	10,857	27.5	205,485	27.5	
			脳疾患	384	13.7	386	11.9	23,515	13.3	4,929	12.5	102,900	13.8	
			糖尿病	42	1.5	58	1.8	3,382	1.9	702	1.8	13,896	1.9	
			腎不全	81	2.9	94	2.9	6,268	3.5	1,398	3.5	26,946	3.6	
	自殺		84	3.0	86	2.7	4,928	2.8	1,159	2.9	20,171	2.7		
	合計	424	11.1	697	10.9	--	--	--	9.4	--	8.2			
	② 早世予防から みた死亡 (65歳未満)	男性	286	13.3	476	13.8	--	--	--	11.6	--	10.6		
		女性	138	8.2	221	7.4	--	--	--	6.9	--	5.7		
	3 介護	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	21,895		24,289		1,702,783		332,568		6,724,030		
			新規認定者	335		415		27,537		6,075		110,289		
			介護度別 総件数	要支援1.2	42,923	7.2	49,787	7.1	5,515,296	12.2	849,190	10.1	21,785,044	12.9
				要介護1.2	295,239	49.4	339,796	48.3	20,534,112	45.5	4,070,252	48.3	78,107,378	46.3
要介護3以上		259,332		43.4	314,258	44.6	19,041,017	42.2	3,512,074	41.7	68,963,503	40.8		
2号認定者		804		873		41,864		10,299		156,107				
② 有病状況		糖尿病	4,985	22.0	5,726	22.2	443,953	24.8	80,966	22.9	1,712,613	24.3		
		高血圧症	11,933	52.6	13,284	51.6	952,945	53.6	179,541	51.2	3,744,672	53.3		
		脂質異常症	6,586	29.1	7,914	30.6	602,481	33.6	105,679	29.8	2,308,216	32.6		
		心臓病	13,288	58.5	14,696	57.1	1,076,085	60.6	201,133	57.4	4,224,628	60.3		
		脳疾患	5,454	24.1	5,286	21.0	396,610	22.6	75,080	21.7	1,568,292	22.6		
		がん	2,588	11.1	2,920	11.1	219,003	12.2	39,547	11.1	837,410	11.8		
		筋・骨格	11,436	50.1	13,053	50.5	961,876	54.1	175,253	50.0	3,748,372	53.4		
		精神	8,403	36.7	8,868	35.0	653,718	37.0	119,629	34.4	2,569,149	36.8		
		③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	258,177	33,410,720,148	278,071	38,352,319,862	301,091	252,468	290,668				
			1件当たり給付費(全体)	55,918		54,490		55,521		57,940		59,662		
居宅サービス			38,831		39,029		41,018		39,562		41,272			
施設サービス			293,366		298,541		300,596		292,776		296,364			
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	8,083		8,248		8,543		8,613		8,610				
	認定あり 認定なし	3,647		3,934		3,918		3,850		4,020				
4 医療	① 国保の状況	被保険者数	162,713		119,185		6,104,064		1,423,841		24,660,500			
		65～74歳	49,151	30.2	39,567	33.2	--	--	613,018	43.1	10,794,323	43.8		
		40～64歳	54,661	33.6	41,744	35.0	--	--	463,539	32.6	7,904,763	32.1		
	39歳以下	58,901	36.2	37,874	31.8	--	--	347,284	24.4	5,961,414	24.2			
	加入率	28.4		20.4		19.4		20.0		20.0				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	20	0.1	20	0.2	2,076	0.3	342	0.2	8,237	0.3		
		診療所数	310	1.9	326	2.7	29,803	4.9	4,383	3.1	102,599	4.2		
		病床数	3,562	21.9	3,590	30.1	393,610	64.5	62,934	44.2	1,507,471	61.1		
		医師数	815	5.0	895	7.5	109,226	17.9	13,604	9.6	339,611	13.8		
		外来患者数	517.1		606.5		704.0		668.6		709.6			
		入院患者数	12.0		13.5		17.7		15.4		18.8			
	③ 医療費の 状況	一人当たり医療費	232,071		301,749		350,112		330,911		358,522			
		受診率	529.2		620.022		721.674		683.98		728.39			
		外来 費用の割合	件数の割合	63.1		63.2		60.8		62.6		59.9		
			費用の割合	97.7		97.8		97.5		97.8		97.4		
		入院 費用の割合	件数の割合	36.9		36.8		39.2		37.4		40.1		
			費用の割合	2.3		2.2		2.5		2.2		2.6		
		1件あたり在院日数	13.7日		13.6日		15.7日		15.2日		16.0日			
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病 名(調剤含む)	がん	5,730,742,520	29.1	5,924,826,080	32.0	31.9	31.3	32.0						
	慢性腎不全(透析あり)	2,567,665,630	13.0	2,211,452,450	11.9	8.9	10.6	8.3						
	糖尿病	2,070,720,840	10.5	1,999,226,450	10.8	10.0	10.8	10.4						
	高血圧症	1,308,149,180	6.6	985,467,640	5.3	5.6	5.7	5.8						
	脂質異常症	884,079,140	4.5	717,018,330	3.9	4.0	4.0	4.0						
	脳梗塞・脳出血	820,024,390	4.2	770,998,270	4.1	4.0	4.1	4.0						
	狭心症・心筋梗塞	694,066,530	3.5	561,313,170	3.0	2.9	2.8	2.8						
	精神	2,355,680,350	12.0	2,397,229,050	12.9	15.2	13.5	15.0						
筋・骨格	3,031,195,020	15.4	2,754,604,880	14.9	16.6	16.2	16.6							

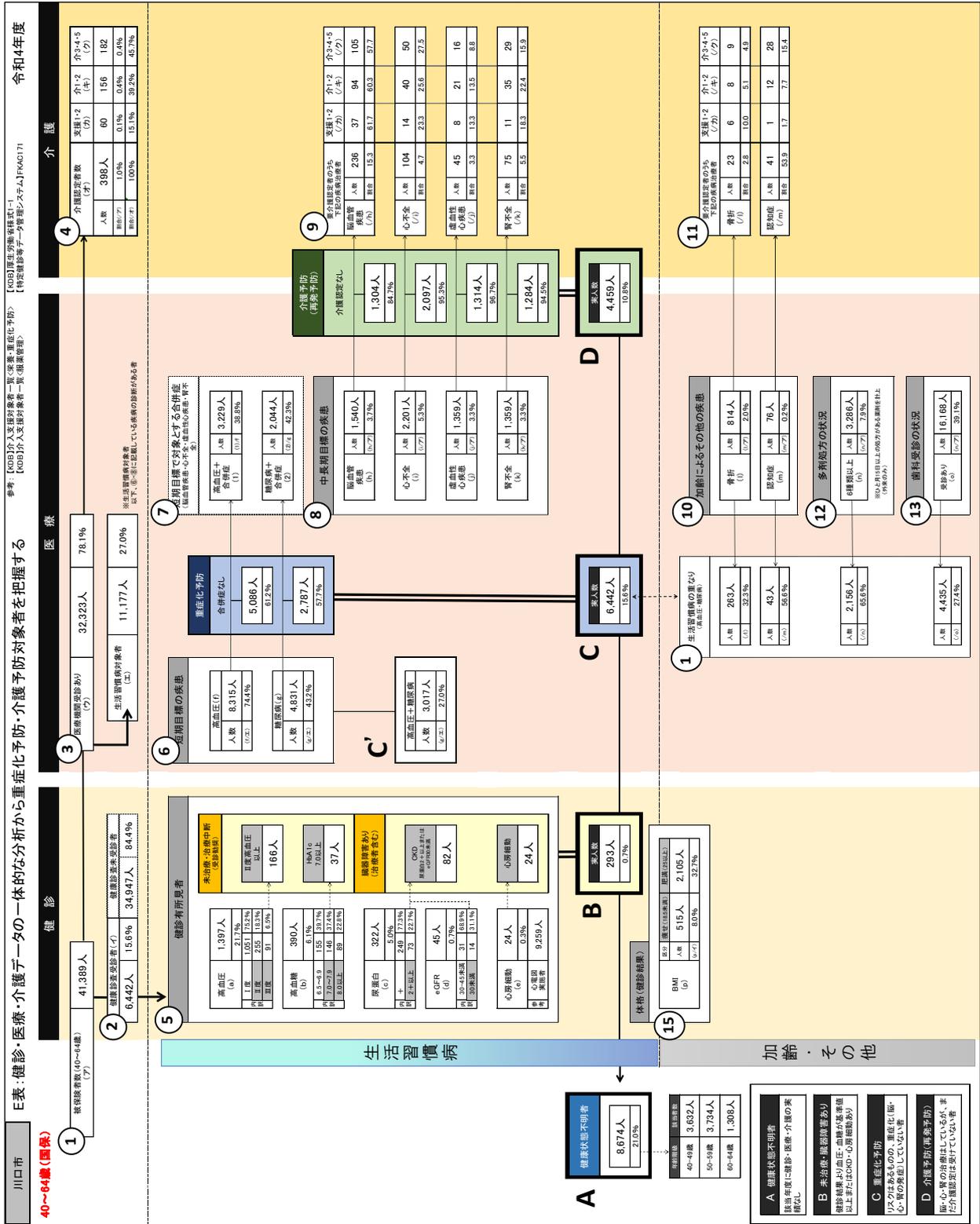
出典：ヘルスサポートラボツール

項目		川口市				同規模平均		埼玉県		国					
		H30年度		R4年度		R4年度		R4年度		R4年度					
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
4 医療	⑤	医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	164	0.2	153	0.1	241	0.2	216	0.2	274	0.2	
				糖尿病	1,044	1.2	1,050	0.9	1,146	0.8	995	0.8	1,235	0.9	
				脂質異常症	31	0.0	23	0.0	49	0.0	41	0.0	57	0.0	
		医療費分析 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	高血圧症	7,872	5.4	8,115	4.3	9,803	4.6	9,692	4.7	10,703	5.0	
				糖尿病	11,962	8.2	16,117	8.4	17,457	8.2	18,244	8.8	18,816	8.8	
				脂質異常症	5,400	3.7	5,993	3.1	7,157	3.4	6,874	3.3	7,503	3.5	
	⑥	健診有無別 一人当たり点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,455		1,227		2,000		2,075		2,087		
				健診未受診者	12,032		13,460		13,838		12,506		13,715		
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	4,678		4,006		5,971		6,521		6,161		
				健診未受診者	38,681		43,946		41,315		39,296		40,479		
	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	17,038	58.3	11,051	59.6	793,092	56.4	216,364	58.8	3,419,396	57.0		
			医療機関受診率	16,161	55.3	10,319	55.6	742,016	52.8	196,970	53.6	3,145,545	52.4		
			医療機関非受診率	877	3.0	732	3.9	51,076	3.6	19,394	5.3	273,851	4.6		
	5 健診	特定健診の 状況	県内市町村数 63市町村 同規模市区町村 数 280市町村	メタボ 該当者 男性 女性 予備群 男性 女性 メタボ該当・予備群 レベル 腹囲 男性 女性 BMI 総数 男性 女性 血糖のみ 血圧のみ 脂質のみ 血糖・血圧 血糖・脂質 血圧・脂質 血糖・血圧・脂質	健診受診者	29,210		18,555		1,406,078		367,781		5,999,930	
					受診率	35.0		25.1		34.7		37.5		35.2	
					特定保健指導終了者(実施率)	621	17.7	83	2.9	7,217	4.7	2,098	4.7	64,453	9.5
					非肥満高血糖	2,263	7.7	1,206	6.5	118,789	8.4	34,485	9.4	559,451	9.3
					該当者	5,905	20.2	4,016	21.6	287,168	20.4	75,543	20.5	1,236,157	20.6
					男性	4,002	32.3	2,676	34.4	196,245	33.6	51,856	32.6	850,990	32.9
女性					1,903	11.3	1,340	12.4	90,923	11.1	23,687	11.3	385,167	11.3	
予備群					3,460	11.8	2,513	13.5	154,962	11.0	42,746	11.6	664,378	11.1	
男性					2,324	18.7	1,727	22.2	105,943	18.1	29,491	18.6	459,829	17.8	
女性					1,136	6.8	786	7.3	49,019	6.0	13,255	6.3	204,549	6.0	
総数					10,549	36.1	7,222	38.9	488,057	34.7	130,285	35.4	2,093,140	34.9	
男性					7,113	57.3	4,852	62.3	332,689	57.0	89,521	56.4	1,441,006	55.7	
女性					3,436	20.5	2,370	22.0	155,368	18.9	40,764	19.5	652,134	19.1	
総数					1,496	5.1	932	5.0	63,696	4.5	17,635	4.8	280,816	4.7	
男性					223	1.8	131	1.7	8,855	1.5	2,420	1.5	40,860	1.6	
女性					1,273	7.6	801	7.4	54,841	6.7	15,215	7.3	239,956	7.0	
血糖のみ					169	0.6	117	0.6	8,264	0.6	2,301	0.6	37,614	0.6	
血圧のみ					2,479	8.5	1,811	9.8	108,584	7.7	31,022	8.4	469,916	7.8	
脂質のみ					812	2.8	585	3.2	38,114	2.7	9,423	2.6	156,848	2.6	
血糖・血圧	864	3.0	576	3.1	39,447	2.8	11,152	3.0	179,936	3.0					
血糖・脂質	300	1.0	249	1.3	14,338	1.0	3,666	1.0	62,339	1.0					
血圧・脂質	2,809	9.6	2,023	10.9	139,735	9.9	36,475	9.9	587,616	9.8					
血糖・血圧・脂質	1,932	6.6	1,168	6.3	93,648	6.7	24,250	6.6	406,266	6.8					
6 問診	問診の状況	服薬 既往歴	高血圧	10,851	37.1	6,655	35.9	512,446	36.4	133,094	36.2	2,212,738	36.9		
			糖尿病	2,782	9.5	1,570	8.5	124,361	8.8	30,909	8.4	536,761	8.9		
			脂質異常症	7,715	26.4	5,055	27.2	412,274	29.3	104,152	28.3	1,748,878	29.2		
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	1,102	3.8	617	3.3	46,376	3.4	11,168	3.3	191,098	3.3		
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	1,793	6.2	956	5.2	78,631	5.7	17,888	5.2	334,592	5.7		
			腎不全	284	1.0	123	0.7	11,913	0.9	2,268	0.7	49,526	0.8		
			貧血	3,519	12.1	2,146	11.6	155,031	11.3	35,110	10.3	623,853	10.7		
			喫煙	4,738	16.2	2,847	15.3	180,042	12.8	46,680	12.7	763,799	12.7		
			週3回以上朝食を抜く	3,039	11.2	2,511	13.6	142,011	11.6	34,930	9.9	524,122	9.6		
			週3回以上就寝前夕食	5,115	18.9	3,245	17.5	187,406	15.4	53,300	15.1	804,080	14.7		
			食べる速度が速い	7,273	26.9	4,747	25.7	327,707	27.0	86,382	24.6	1,441,633	26.4		
			20歳時体重から10kg以上増加	9,412	34.8	6,865	37.1	425,473	34.6	123,777	35.1	1,896,304	34.5		
			1回30分以上運動習慣なし	15,613	57.7	11,056	59.7	715,763	58.1	197,969	56.4	3,245,295	59.2		
1日1時間以上運動なし	11,777	43.6	8,338	45.0	584,252	48.1	165,873	47.0	2,603,183	47.4					
睡眠不足	6,949	25.8	4,506	24.5	305,017	24.9	89,754	25.5	1,364,352	24.9					
毎日飲酒	7,349	25.7	4,519	24.4	325,280	24.7	85,489	24.2	1,411,626	24.6					
時々飲酒	6,761	23.7	4,114	22.2	309,291	23.5	78,609	22.2	1,275,564	22.2					
⑬	一日飲酒量	1合未満	17,695	69.9	12,028	70.7	656,829	66.0	207,501	70.0	2,677,669	65.6			
		1~2合	4,368	17.3	2,748	16.1	224,121	22.5	58,404	19.7	940,908	23.1			
		2~3合	2,580	10.2	1,775	10.4	87,290	8.8	24,376	8.2	359,082	8.8			
		3合以上	669	2.6	471	2.8	27,471	2.8	6,096	2.1	101,477	2.5			

出典：ヘルサポートラボソール

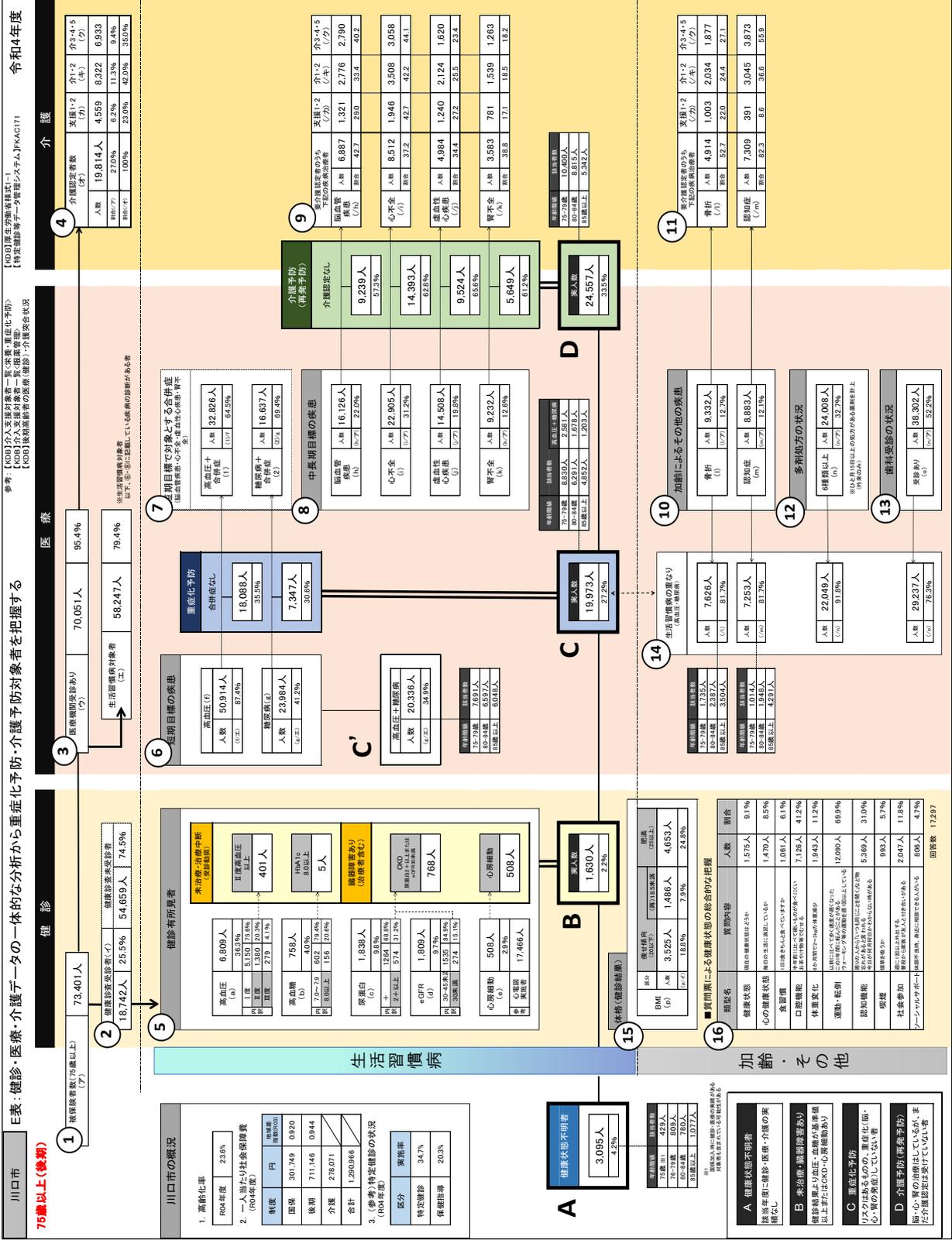
参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

① 40～64歳(国保)



出典：ヘルスサポートラボツール

④75歳以上(後期)

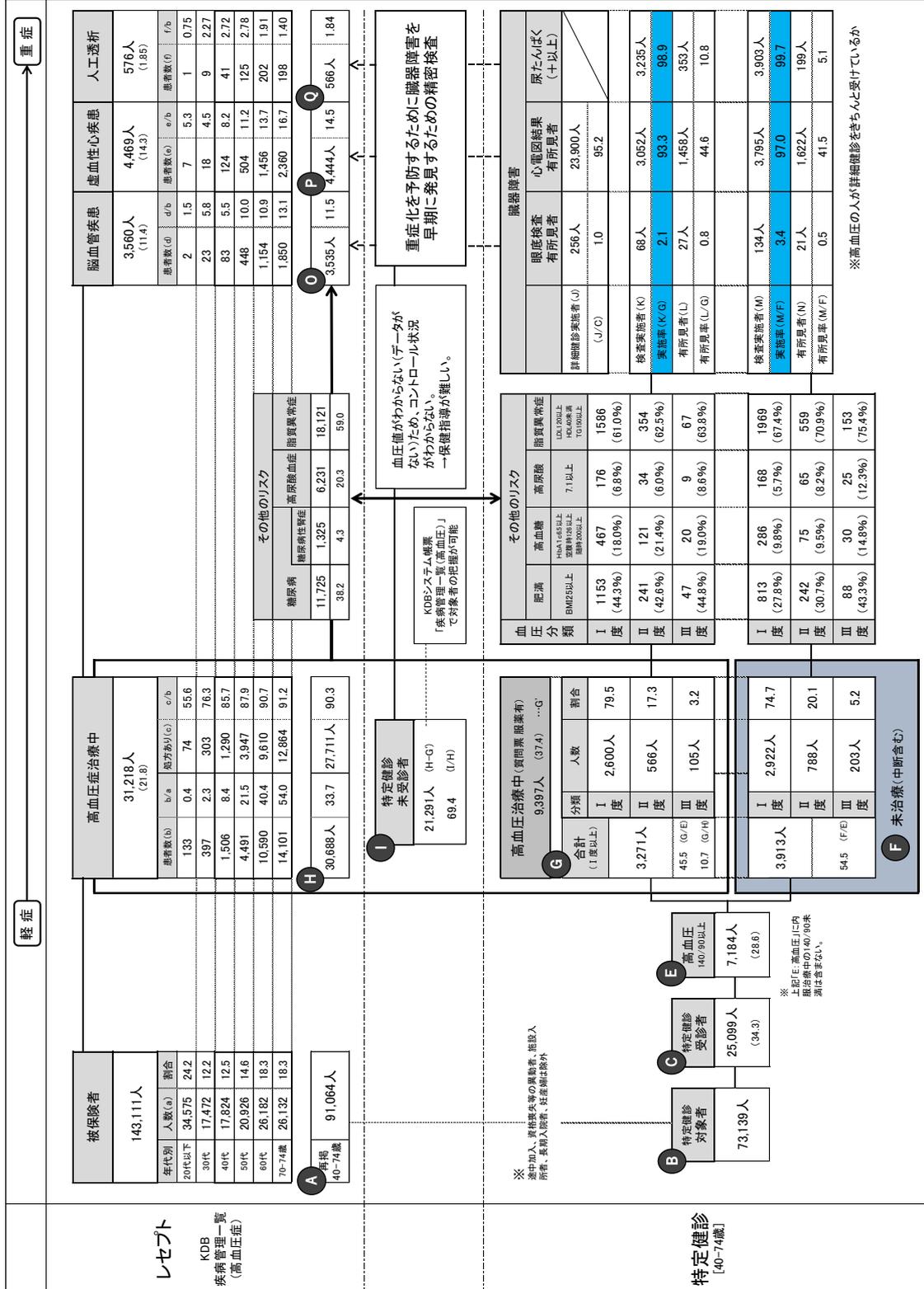


出典：ヘルスサポートラボール

参考資料4 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典：ヘルスサポートラボツール

参考資料6 HbA1c の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲									
					正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病			合併症の危険が更に大きくなる												
					5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標						8.0以上		7.4以上		8.4以上	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合					人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A								
H29	28,870	13,989	48.5%	8,827	30.6%	3,391	11.7%	1,296	4.5%	991	3.4%	376	1.3%	801	2.8%	252	0.9%							
H30	22,941	11,344	49.4%	6,661	29.0%	2,657	11.6%	1,051	4.6%	869	3.8%	359	1.6%	747	3.3%	221	1.0%							
R01	27,668	14,971	54.1%	7,218	26.1%	2,924	10.6%	1,195	4.3%	938	3.4%	422	1.5%	802	2.9%	295	1.1%							
R02	23,987	12,210	50.9%	6,666	27.8%	2,696	11.2%	1,094	4.6%	915	3.8%	406	1.7%	791	3.3%	277	1.2%							
R03	26,105	13,371	51.2%	7,348	28.1%	2,880	11.0%	1,189	4.6%	933	3.6%	384	1.5%	782	3.0%	264	1.0%							
R04	24,855	13,040	52.5%	6,756	27.2%	2,782	11.2%	1,085	4.4%	844	3.4%	348	1.4%	714	2.9%	228	0.9%							

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいHbA1c6.5%以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上	再掲		再掲率
						再)7.0以上	未治療	
H29	28,870	13,989 48.5%	8,827 30.6%	3,391 11.7%	2,663 9.2%	1,019	1,644	9.2%
						389 4.7%	978 71.5%	
H30	22,941	11,344 49.4%	6,661 29.0%	2,657 11.6%	2,279 9.9%	850	1,429	9.9%
						356 5.4%	872 71.0%	
R元	27,668	14,971 54.1%	7,218 26.1%	2,924 10.6%	2,555 9.2%	897	1,658	9.2%
						376 4.9%	984 72.4%	
R2	23,987	12,210 50.9%	6,666 27.8%	2,696 11.2%	2,415 10.1%	813	1,602	10.1%
						348 5.5%	973 73.7%	
R3	26,105	13,371 51.2%	7,348 28.1%	2,880 11.0%	2,506 9.6%	852	1,654	9.6%
						357 5.0%	960 72.9%	
R4	24,855	13,040 52.5%	6,756 27.2%	2,782 11.2%	2,277 9.2%	766	1,511	9.2%
						330 4.8%	862 72.3%	

治療と未治療の状況

	HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲									
					正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病			合併症の危険が更に大きくなる												
					5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標						8.0以上		7.4以上		8.4以上	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合					人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A								
治療中	H29	2,585	9.0%	93	3.6%	232	9.0%	616	23.8%	666	25.8%	732	28.3%	246	9.5%	575	22.2%	148	5.7%					
	H30	2,219	9.7%	82	3.7%	186	8.4%	522	23.5%	557	25.1%	637	28.7%	235	10.6%	530	23.9%	136	6.1%					
	R01	2,618	9.5%	97	3.7%	253	9.7%	610	23.3%	674	25.7%	702	26.8%	282	10.8%	583	22.3%	179	6.8%					
	R02	2,435	10.2%	77	3.2%	214	8.8%	542	22.3%	629	25.8%	691	28.4%	282	11.6%	590	24.2%	173	7.1%					
	R03	2,514	9.6%	99	3.9%	213	8.5%	548	21.8%	694	27.6%	705	28.0%	255	10.1%	569	22.6%	158	6.3%					
R04	2,476	10.0%	116	4.7%	259	10.5%	590	23.8%	649	26.2%	623	25.2%	239	9.7%	518	20.9%	140	5.7%						
治療なし	H29	26,285	91.0%	13,896	52.9%	8,595	32.7%	2,775	10.6%	630	2.4%	259	1.0%	130	0.5%	226	0.9%	104	0.4%					
	H30	20,722	90.3%	11,262	54.3%	6,475	31.2%	2,135	10.3%	494	2.4%	232	1.1%	124	0.6%	217	1.0%	85	0.4%					
	R01	25,050	90.5%	14,874	59.4%	6,965	27.8%	2,314	9.2%	521	2.1%	236	0.9%	140	0.6%	219	0.9%	116	0.5%					
	R02	21,552	89.8%	12,133	56.3%	6,452	29.9%	2,154	10.0%	465	2.2%	224	1.0%	124	0.6%	201	0.9%	104	0.5%					
	R03	23,591	90.4%	13,272	56.3%	7,135	30.2%	2,332	9.9%	495	2.1%	228	1.0%	129	0.5%	213	0.9%	106	0.4%					
R04	22,379	90.0%	12,924	57.8%	6,497	29.0%	2,192	9.8%	436	1.9%	221	1.0%	109	0.5%	196	0.9%	88	0.4%						

出典：ヘルスサポートラボツール

参考資料7 血圧の年次比較

※血圧の分類については、62頁(図表80)を参照

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		I度		II度		III度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	29,297	7,800	26.6%	5,480	18.7%	8,531	29.1%	5,961	20.3%	1,281	4.4%	244	0.8%
H30	29,227	7,620	26.1%	5,373	18.4%	8,443	28.9%	6,149	21.0%	1,363	4.7%	279	1.0%
R01	28,169	7,501	26.6%	5,324	18.9%	8,014	28.4%	5,770	20.5%	1,264	4.5%	296	1.1%
R02	24,381	5,576	22.9%	4,306	17.7%	7,398	30.3%	5,472	22.4%	1,342	5.5%	287	1.2%
R03	26,322	6,121	23.3%	4,665	17.7%	7,773	29.5%	5,901	22.4%	1,527	5.8%	335	1.3%
R04	25,099	6,041	24.1%	4,481	17.9%	7,393	29.5%	5,522	22.0%	1,354	5.4%	308	1.2%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいII度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	I度 高血圧	II度高血圧以上			再掲	割合
					(再)III度高血圧	未治療	治療		
H29	29,297	13,280 45.3%	8,531 29.1%	5,961 20.3%	1,525 5.2%	857 56.2%	668 43.8%	0.8%	5.2%
H30	29,227	12,993 44.5%	8,443 28.9%	6,149 21.0%	1,642 5.6%	920 56.0%	722 44.0%	1.0%	5.6%
R01	28,169	12,825 45.5%	8,014 28.4%	5,770 20.5%	1,560 5.5%	869 55.7%	691 44.3%	1.1%	5.5%
R02	24,381	9,882 40.5%	7,398 30.3%	5,472 22.4%	1,629 6.7%	898 55.1%	731 44.9%	1.2%	6.7%
R03	26,322	10,786 41.0%	7,773 29.5%	5,901 22.4%	1,862 7.1%	1,119 60.1%	743 39.9%	1.3%	7.1%
R04	25,099	10,522 41.9%	7,393 29.5%	5,522 22.0%	1,662 6.6%	991 59.6%	671 40.4%	1.2%	6.6%

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		I度		II度		III度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	10,816	36.9%	1,429	13.2%	1,978	18.3%	3,794	35.1%	2,947	27.2%	582	5.4%	86	0.8%
	H30	10,860	37.2%	1,344	12.4%	2,081	19.2%	3,658	33.7%	3,055	28.1%	615	5.7%	107	1.0%
	R01	10,233	36.3%	1,320	12.9%	2,029	19.8%	3,450	33.7%	2,743	26.8%	582	5.7%	109	1.1%
	R02	9,459	38.8%	1,083	11.4%	1,695	17.9%	3,294	34.8%	2,656	28.1%	616	6.5%	115	1.2%
	R03	9,758	37.1%	1,122	11.5%	1,754	18.0%	3,403	34.9%	2,736	28.0%	635	6.5%	108	1.1%
R04	9,397	37.4%	1,202	12.8%	1,711	18.2%	3,213	34.2%	2,600	27.7%	566	6.0%	105	1.1%	
治療なし	H29	18,481	63.1%	6,371	34.5%	3,502	18.9%	4,737	25.6%	3,014	16.3%	699	3.8%	158	0.9%
	H30	18,367	62.8%	6,276	34.2%	3,292	17.9%	4,785	26.1%	3,094	16.8%	748	4.1%	172	0.9%
	R01	17,936	63.7%	6,181	34.5%	3,295	18.4%	4,564	25.4%	3,027	16.9%	682	3.8%	187	1.0%
	R02	14,922	61.2%	4,493	30.1%	2,611	17.5%	4,104	27.5%	2,816	18.9%	726	4.9%	172	1.2%
	R03	16,564	62.9%	4,999	30.2%	2,911	17.6%	4,370	26.4%	3,165	19.1%	892	5.4%	227	1.4%
R04	15,702	62.6%	4,839	30.8%	2,770	17.6%	4,180	26.6%	2,922	18.6%	788	5.0%	203	1.3%	

出典：ヘルスサポートラボツール

参考資料8 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常			保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		120未満			120～139		140～159		160～179		180以上	
		人数	割合	B/A	人数	割合	C/A	人数	割合	D/A	人数	割合
総数	H29	29,297	13,699	46.8%	7,346	25.1%	4,931	16.8%	2,173	7.4%	1,148	3.9%
	H30	29,207	13,510	46.3%	7,232	24.8%	4,914	16.8%	2,268	7.8%	1,283	4.4%
	R01	28,159	12,598	44.7%	7,078	25.1%	4,834	17.2%	2,315	8.2%	1,334	4.7%
	R02	24,378	10,893	44.7%	5,950	24.4%	4,334	17.8%	2,009	8.2%	1,192	4.9%
	R03	26,318	12,013	45.6%	6,414	24.4%	4,423	16.8%	2,230	8.5%	1,238	4.7%
男性	H29	12,414	6,397	51.5%	3,028	24.4%	1,863	15.0%	749	6.0%	377	3.0%
	H30	12,403	6,330	51.0%	2,929	23.6%	1,931	15.6%	803	6.5%	410	3.3%
	R01	12,006	5,965	49.7%	2,855	23.8%	1,928	16.1%	832	6.9%	426	3.5%
	R02	10,415	5,141	49.4%	2,417	23.2%	1,715	16.5%	748	7.2%	394	3.8%
	R03	11,323	5,653	49.9%	2,617	23.1%	1,772	15.6%	851	7.5%	430	3.8%
女性	H29	16,883	7,302	43.3%	4,318	25.6%	3,068	18.2%	1,424	8.4%	771	4.6%
	H30	16,804	7,180	42.7%	4,303	25.6%	2,983	17.8%	1,465	8.7%	873	5.2%
	R01	16,153	6,633	41.1%	4,223	26.1%	2,906	18.0%	1,483	9.2%	908	5.6%
	R02	13,963	5,752	41.2%	3,533	25.3%	2,619	18.8%	1,261	9.0%	798	5.7%
	R03	14,995	6,360	42.4%	3,797	25.3%	2,651	17.7%	1,379	9.2%	808	5.4%
R04	14,195	6,441	45.4%	3,523	24.8%	2,395	16.9%	1,174	8.3%	662	4.7%	

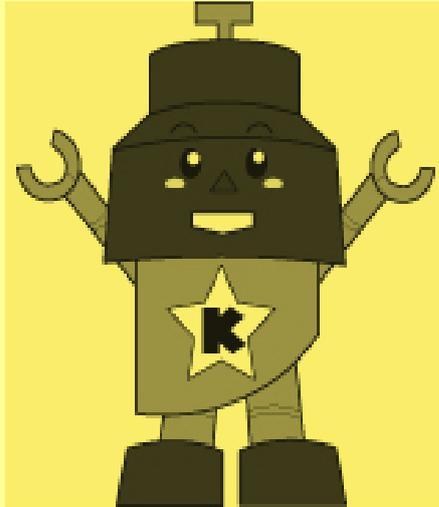
アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいLDL160mg/dl以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	割合
					再)180以上	未治療	治療		
H29	29,297	13,699 46.8%	7,346 25.1%	4,931 16.8%	3,321 11.3%	2,979 89.7%	342 10.3%	1,148 3.9%	11.3%
H30	29,207	13,510 46.3%	7,232 24.8%	4,914 16.8%	3,551 12.2%	3,171 89.3%	380 10.7%	1,283 4.4%	12.2%
R元	28,159	12,598 44.7%	7,078 25.1%	4,834 17.2%	3,649 13.0%	3,278 89.8%	371 10.2%	1,334 4.7%	13.0%
R2	24,378	10,893 44.7%	5,950 24.4%	4,334 17.8%	3,201 13.1%	2,860 89.3%	341 10.7%	1,192 4.9%	13.1%
R3	26,318	12,013 45.6%	6,414 24.4%	4,423 16.8%	3,468 13.2%	3,149 90.8%	319 9.2%	1,238 4.7%	13.2%
R4	25,094	12,255 48.8%	6,043 24.1%	3,934 15.7%	2,862 11.4%	2,614 91.3%	248 8.7%	1,012 4.0%	11.4%

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常			保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満			120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	B/A	人数	割合	C/A	人数	割合	D/A	人数	割合	F/A
治療中	H29	7,490	25.6%	4,809	64.2%	1,611	21.5%	728	9.7%	223	3.0%	119	1.6%
	H30	7,706	26.4%	5,006	65.0%	1,635	21.2%	685	8.9%	252	3.3%	128	1.7%
	R01	7,489	26.6%	4,804	64.1%	1,636	21.8%	678	9.1%	243	3.2%	128	1.7%
	R02	7,173	29.4%	4,616	64.4%	1,506	21.0%	710	9.9%	217	3.0%	124	1.7%
	R03	7,483	28.4%	5,011	67.0%	1,534	20.5%	619	8.3%	208	2.8%	111	1.5%
治療なし	H29	21,807	74.4%	8,890	40.8%	5,735	26.3%	4,203	19.3%	1,950	8.9%	1,029	4.7%
	H30	21,501	73.6%	8,504	39.6%	5,597	26.0%	4,229	19.7%	2,016	9.4%	1,155	5.4%
	R01	20,670	73.4%	7,794	37.7%	5,442	26.3%	4,156	20.1%	2,072	10.0%	1,206	5.8%
	R02	17,205	70.6%	6,277	36.5%	4,444	25.8%	3,624	21.1%	1,792	10.4%	1,068	6.2%
	R03	18,835	71.6%	7,002	37.2%	4,880	25.9%	3,804	20.2%	2,022	10.7%	1,127	6.0%
R04	17,688	70.5%	7,063	39.9%	4,630	26.2%	3,381	19.1%	1,687	9.5%	927	5.2%	

出典:ヘルスサポートラボツール



川口市マスコット「きゅぼらん」

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

令和6年3月

作成:川口市国民健康保険課

住所:〒332-8601 埼玉県川口市青木2丁目1番1号

電話:048-259-7916

FAX:048-258-5702