三田市国民健康保険
第２期保健事業実施計画（データヘルス計画）
第 ３ 期 特 定 健 康 診 査 等 実 施 計 画

平成 30 年度～平成 35 年度

三 田 市

目　次

第１章　計画策定の基本方針 1
1　背景および趣旨 1
2　計画の期間 1
3　計画の位置づけ 2
4　計画のイメージ 2

第２章　第１期データヘルス計画における事業の実施状況 3

第３章 三田市国民健康保険の背景・現状 5
1　人口推移と人口構成 5
(1) 三田市の人口構成 5
(2) 地区別にみる高齢化率 5
2　三田市国民健康保険加入世帯数・被保険者の加入状況 6
3　死因 7
(1) 死亡の状況（標準化死亡比／SMR） 7
(2) 疾患別死因割合 8
4　平均寿命と健康寿命 8
5　介護保険の状況 8
6　地域包括ケアにかかる取り組みについて 9

第４章 国民健康保険医療費の分析 10
1　医療費構成 10
2　一人当たり医療費の比較 11
3　疾病分類別医療費 13
(1) レセプトデータからみる生活習慣病の状況 13
(2) 生活習慣病別の医療費の状況 14
(3) 高額医療費の状況 15
(4) 長期入院者の医療費 15
(5) 人工透析の状況 16
(6) 生活習慣病における歯周病の罹患者数 17
4　ジェネリック医薬品の分析 17

第５章 特定健康診査・特定保健指導の分析 18
1　特定健診の分析と課題 18
(1) 特定健診受診者数・受診率 18
(2) 特定健診連続受診者の状況 20
(3) 特定健診受診勧奨の結果 20
(4) メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況 21
(5) 健診結果の分析 23
(6) 生活習慣病リスクと未治療者の状況 25

(7) 生活習慣の分析と課題 28
2　特定保健指導の分析と課題 28
(1) 特定保健指導対象者 28
(2) 特定保健指導実施状況 29
(3) 特定保健指導終了者の評価 30

第６章 課題と今後の取り組み 32
1 分析結果と健康課題の明確化 32
2　目的・課題及び対策 33
3　今後の保健事業の実施内容・目標・評価指標 34

第７章 第３期特定健康診査等実施計画 36
1 計画策定にあたって 36
(1) 計画策定の趣旨 36
(2) メタボリックシンドロームに着目する意義 36
(3) 特定健診・特定保健指導の考え方 36
2 特定健診等の実施に係る目標値の設定と対象者数の推移 37
(1) 目標の設定 37
(2) 特定健診及び特定保健指導の目標値 37
3　特定健診・特定保健指導の実施方法 38
(1) 特定健診の実施 38
(2) 特定保健指導の実施 40
(3) 特定健診等年間スケジュール 42
4　特定健診・特定保健指導の記録の取り扱い 42
(1) 特定健診・特定保健指導の記録の形式 42
(2) 特定健診・特定保健指導の記録の管理・保存期間 42
5　業務の外部委託に対する考え方 43

第８章 計画の進行管理等 44
1 計画の見直し 44
2 計画の公表 44
3 その他 44
(1) 事業運営上の留意事項 44
(2) 個人情報の保護 44

＊用語解説 45

第１章　計画策定の基本方針

１　背景および趣旨

近年、特定健康診査の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベースシステム（KDB）等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいます。こうした中、「日本再興戦略」（平成 25 年６月 14 日閣議決定）においても、「すべ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データヘルス計画の作成、公表、事業実施、評価等の取組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取組みを行うことを推進する。」ことが示され、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することになりました。

こうした背景を踏まえ、三田市においても平成 28 年３月に第１期保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定し各施策を実施してまいりましたが、平成 29 年度末をもって計画期間が満了となりました。

一方、保健事業の中核である特定健康診査・特定保健指導については、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、第２期特定健康診査等実施計画に基づき実施してまいりましたが、これについても同様に、平成 29 年度末をもって計画期間が満了となりました。

両計画の期間満了に伴い、各種事業の評価及び各種データの分析を行いましたが、両計画の趣旨及び実施内容に共通・関連部分が非常に多いことから、次期計画の策定にあたっては、両計画を一本化して策定することで、より効果的・効率的な取組みを目指してまいります。

計画名	根拠法令等	対象年齢
データヘルス計画	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	0 歳～74 歳
特定健康診査等実施計画	高齢者の医療の確保に関する法律	40 歳～74 歳

なお、本計画の策定にあたっては、兵庫県国民健康保険団体連合会に設置された学識経験者等から構成される支援・評価委員会からの助言及び三田市国民健康保険の関係者（被保険者、医師、薬剤師、公益代表者）で構成される三田市国民健康保険運営協議会での協議を経ております。

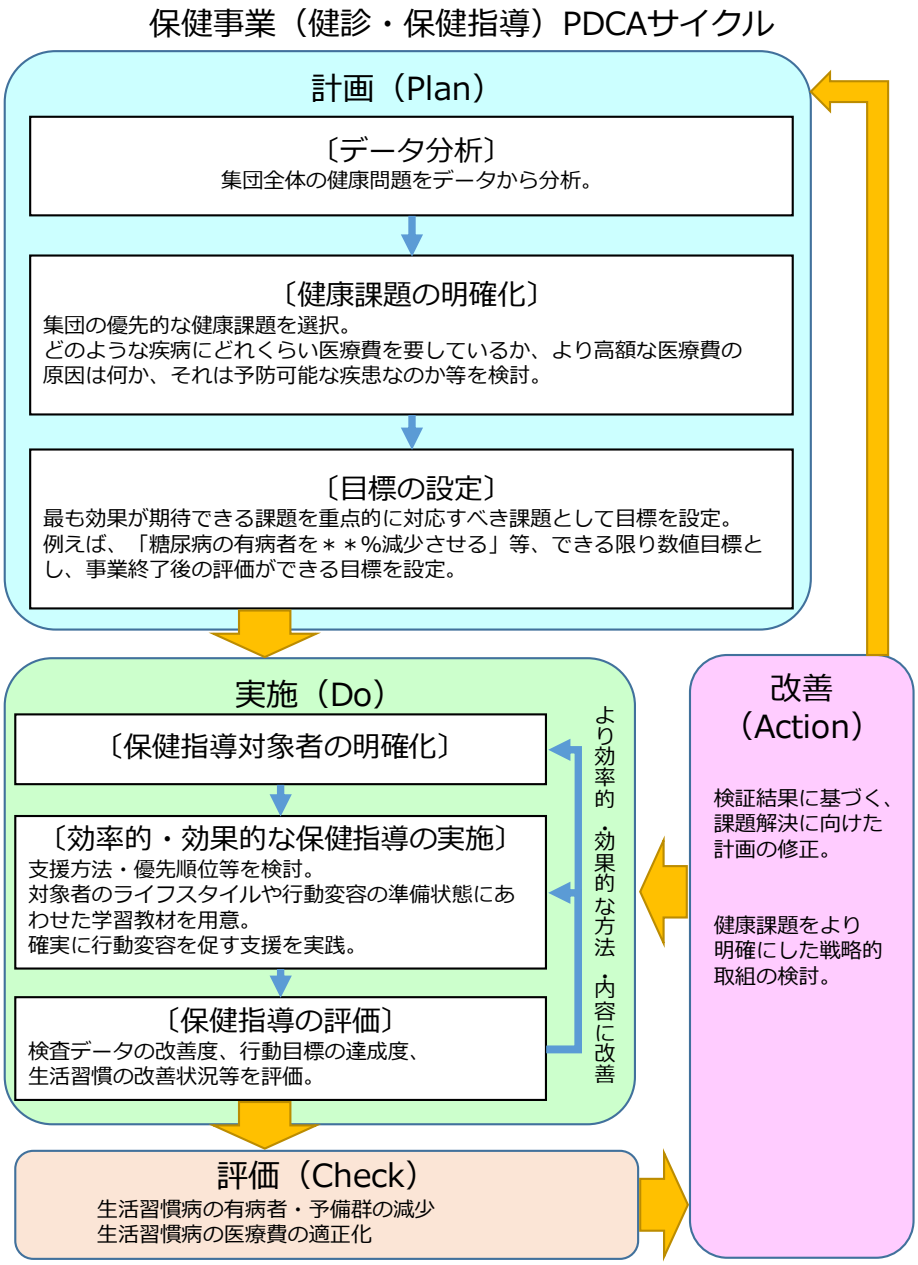
２　計画の期間

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により「特定健康診査実施計画及び健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされました。また、医療費適正化計画が６年１期に見直されたことから、関係計画との整合性を図るため、平成 30 年度から平成 35 年度までの６年間とします。

３　計画の位置づけ

本計画は、「第４次三田市総合計画」における健康づくりに関する取組み目標と整合性を図りつつ、市民の健康づくりの推進を目指した「第２次健康さんだ２１計画」の基本理念・基本方針に沿った取組みを実施します。

４　計画のイメージ



第２章　第１期データヘルス計画における事業の実施状況

第１期データヘルス計画の策定にあたり、レセプトや健診結果等のデータから分析した結果、５つの健康課題があり、その解決に向けた保健事業を実施しました。（取組内容は次ページのとおり）

健康課題１「一人当たり医療費が高い」

一人当たり医療費が国、県を上回っており、糖尿病や高血圧症などが高い割合を占めていることから、生活習慣の改善について広く市民に周知することが必要です。

【主な取組内容】

・後発（ジェネリック）医薬品の利用促進を市広報やホームページに掲載することや、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担軽減額について通知（年２回）を行いました。

健康課題２「特定健診受診率が低い」

特定健診の受診率が低いため、より受診しやすくなる取り組みを検討することが必要です。

【主な取組内容】

・集団健診の出張会場を増やす取り組みを行いました。

・未受診者を年代別・受診歴別に階層化し、それぞれの層に合わせた効果的な受診勧奨の案内文を作成し、最寄りの医療機関を記載し送付しました。

・平成 29 年度には電話による受診案内を実施しました。

・人間ドック受診費用の一部助成を実施しました。

健康課題３「重症化予防対策の実施」

健診結果で高血圧症、糖尿病、脂質異常症のリスク有と判定されていても、病院等による治療を行っていない人もあり、適切な保健指導を行うなど、個々の状況に応じた取り組みが必要です。

【主な取組内容】

・階層化したフローチャートで要治療となっている人のうち、重症化リスクの高い被保険者に重点的に電話や個別訪問による受診勧奨を実施しました。

健康課題４「生活習慣の改善」

特定健診受診者のうち食べる速度が速いと回答している人の肥満基準該当者の割合が高いことから、食事指導や運動習慣等の生活習慣改善の重要性を広く周知することが必要です。

【主な取組内容】

・特定健診受診者で要指導に当てはまる人に対し、生活習慣改善の講習会や食生活改善のための料理教室参加を呼びかけました。

健康課題５「特定保健指導実施率が低い」

特定保健指導実施率が県平均を下回っていることから、実施率向上に向けた取り組みが必要です。

【主な取組内容】

・特定健診の結果、特定保健指導の対象となった人へ特定保健指導利用のための利用券送付や電話による勧奨を行いました。

・特定保健指導の実施率向上対策として、集団健診会場での特定保健指導の利用勧奨を行いました。

【データヘルス計画に基づく保健事業】

	事業名	目的	概要	対象者	実施状況	評価・課題
課題２	特定健康診査	被保険者の健康状態を把握し、生活習慣病の早期発見と予防につなげる。	問診・身体測定・腹囲測定・血圧測定・検尿・診察・血液検査 【実施場所】 保健センター等・委託医療機関 【自己負担】なし	40～74 歳の被保険者	H28 法定報告値 対象者数： 14,655 人 受診者数： 5,073 人 受診率：34.6%	特定健診の受診率が低く、（県 34.8%）受診率向上に向けて取り組む必要がある。 人間ドック助成実績は伸びており、特定健診受診率向上に寄与していることから継続して実施する。
課題２	特定健診未受診者対策	特定健診の受診率向上	【実施方法】 ①受診勧奨ハガキ送付（7 月） ②市広報紙への掲載	①未受診者 ②被保険者全員	H28 実績 ①　14,620 件	
課題２	人間ドック受診費用助成事業	被保険者の健康づくり意識の高揚及び生活習慣病の早期発見と予防	【実施方法】 市内受診：助成券交付 市外受診：償還払い 【助成内容】 受診費用の半額、ただし上限 2 万円	40 ～ 74 歳で 4/1 から加入している被保険者	H28 対象者数： 14,655 人 実績：449 件	
課題１ 課題５	特定保健指導	対象者に生活習慣の改善を促し、生活習慣病を予防	【実施場所】 保健センター等・委託医療機関 【自己負担】なし	40～74 歳の特定保健指導基準該当者	H28 対象者数：510 人 終了者数：79 人 実施率：15.5%	特定保健指導の実施率が低く、（県 23.3%）勧奨方法及び実施方法の見直しが必要である。
課題１ 課題５	特定保健指導実施率向上対策	特定保健指導の実施率向上	【実施方法】 特定保健指導未利用者への電話による勧奨	特定保健指導未利用者	H28 実績 255 件（50.3%）	
課題３	重症化予防対策事業	重症化リスクの高い被保険者に電話や個別訪問による受診勧奨を行う	【実施方法】 階層化リスクフローチャートで要医療となっている被保険者に電話等による受診勧奨	階層化リスクフローチャートのうち医療機関未受診のハイリスク者	H28 実績 対象者数：30 人 勧奨実施数：18 人 （60.4%）	前年度の健診結果とレセプトとを突合して、早期にアプローチしていくことを検討する。
課題１	ジェネリック医薬品差額通知	ジェネリック医薬品の利用促進	【実施方法】 年 2 回（8 月、2 月） ジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担軽減額を通知	1 か月当たりの負担軽減額が 200 円以上になる被保険者	H28 実績 8 月：488 件 2 月：452 件	ジェネリック医薬品への切替率（数量ベース）は年々上昇しており、今後も事業を継続して実施する。 ・59.6%（H27.3 月）→ 67.9 %（H29.3 月）
課題１ 課題４	集団健康教育	主体的な生活習慣の改善による糖尿病及び脂質異常症の健診結果の改善	生活習慣改善につながる講話・運動実践・グループワーク	特定健診受診者のうち、「体格」・「脂質」・「糖尿病」の項目が要指導にあてはまる人	H28 実績 342 人（2 コース及び OB 会） アンケートによる意識改善率： 97.7%	アンケートによる意識改善率が高かった。今後も同様の教室を国保被保険者のみでなく、市民全体に対して実施していく。
課題１ 課題４	健康料理教室	望ましい食習慣の確立による健康の維持増進	栄養講話・調理実習・グループワーク	特定健診受診者のうち、「体格」・「脂質」・「糖尿病」の項目が要指導にあてはまる人	H28 実績 46 人 （1 コース） アンケートによる意識改善率： 84.6%	

第３章 三田市国民健康保険の背景・現状

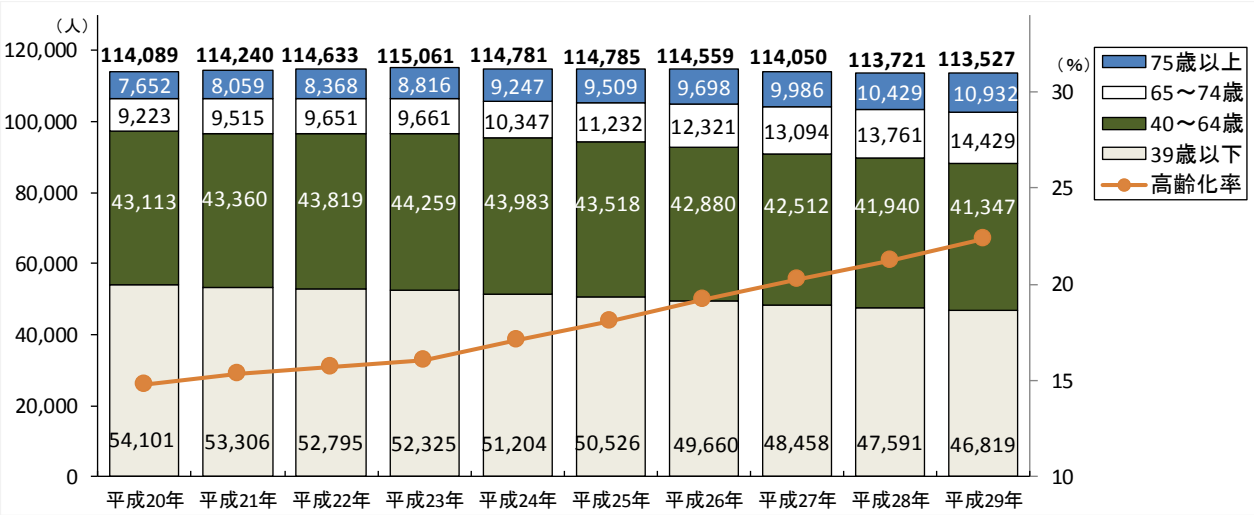
１　人口推移と人口構成

(1) 三田市の人口構成

三田市の人口の推移を見ると、65 歳以上の割合が年々高くなっています。（図１参照）

平成 29 年２月１日時点での高齢化率は 21.9%で、国、県と比べてかなり低くなっていますが、これから急速に 65 歳以上の人口が増加し、高齢化率が上昇することが見込まれます。（表１参照）

【図１　三田市の人口推移】



【資料　住民基本台帳人口　各年 10 月 1 日現在　】

【表１　三田市の人口動態】

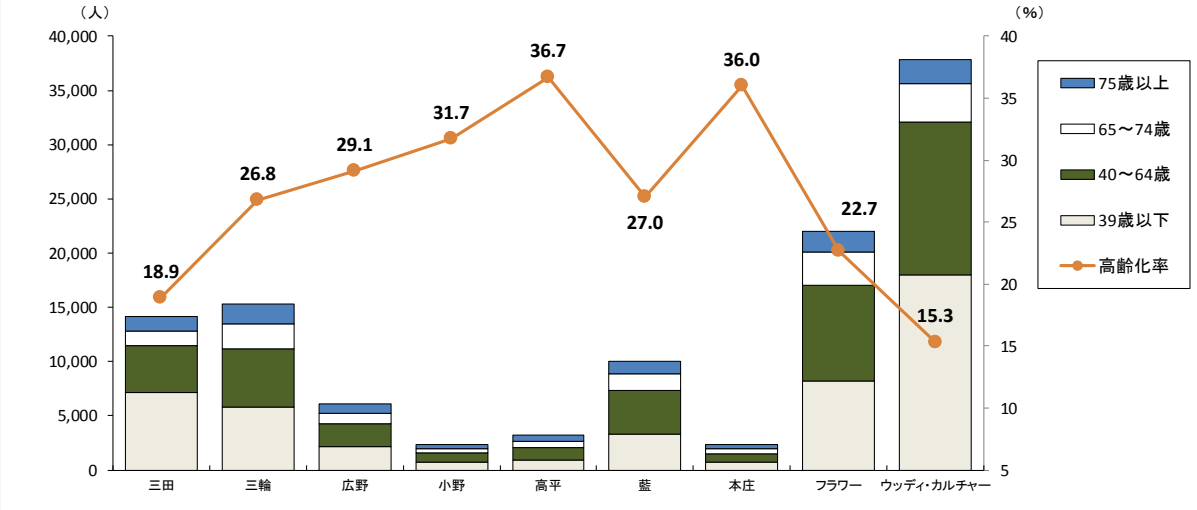
	三田市	兵庫県	全国
高齢化率（H29. 2. 1 現在）	21. 9%	27. 5%	27. 4%
合計特殊出生率（H28. 10. 1 現在）	1. 28	1. 49	1. 28

【資料　高齢化率：総務省統計局　人口動態統計、合計特殊出生率：厚生労働省　保健統計年報】

(2) 地区別にみる高齢化率

地区別の高齢化率は、ウッディタウン地区が一番低く、高平地区が一番高くなっています。

【図２　地区別高齢化率】



【資料　住民基本台帳人口（平成 29 年 4 月 1 日現在）】

２　三田市国民健康保険加入世帯数・被保険者の加入状況

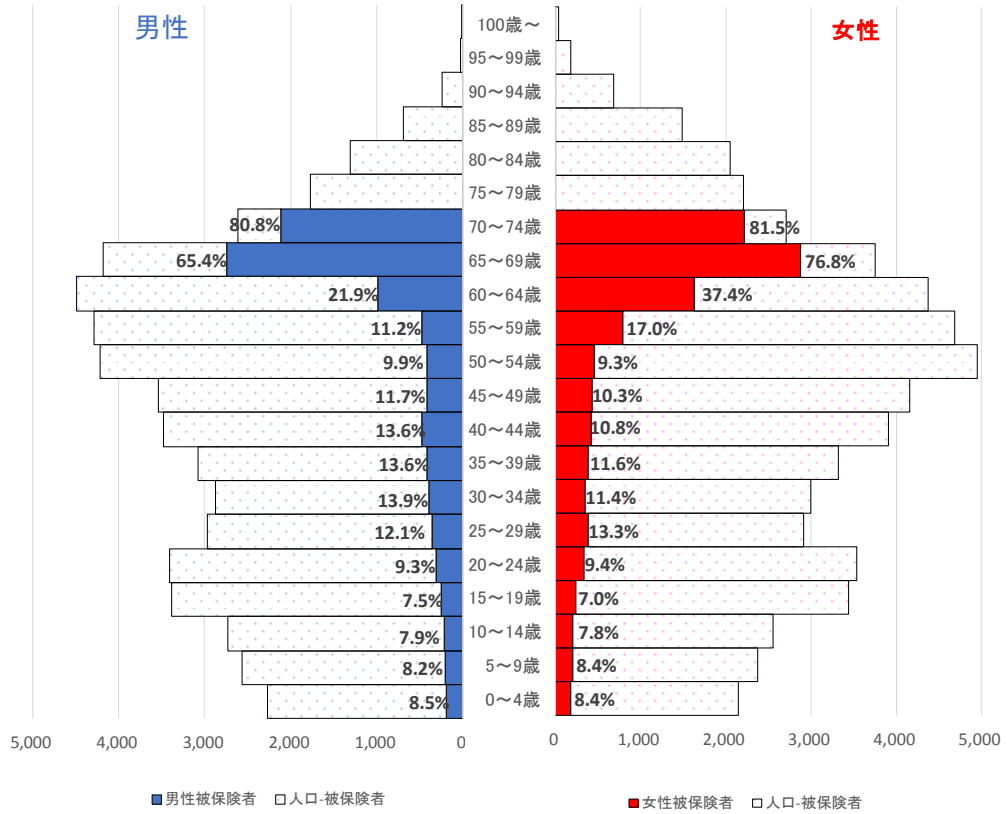
三田市の人口及び国保被保険者数は、平成 25 年度以降ゆるやかに減少しており、平成 29 年３月 31 日現在で国保加入率は 18.3%となっています。また、年齢別では 65 歳以上の加入率が 60 歳未満の加入率を大きく上回っています。

【表２　三田市国民健康保険加入世帯数・被保険者数の推移(各年度末)】

年度	三田市人口	国保被保険者数	加入率	三田市世帯数	国保世帯数	加入率
H24	114,642	21,650	18.9%	43,690	12,470	28.5%
H25	114,483	21,704	19.0%	44,163	12,610	28.6%
H26	114,417	21,713	19.0%	44,498	12,754	28.7%
H27	113,541	21,588	19.0%	44,898	12,845	28.6%
H28	113,309	20,777	18.3%	45,368	12,589	27.7%

【資料　国民健康保険事業年報】

【図３　性別年齢階級別人口構成と国民健康保険加入状況（人口ピラミッド)】



【資料　住民基本台帳人口（平成 29 年４月１日現在)】

【表３　年齢別被保険者数】

	人口	被保険者数	割合
0～39 歳	47,002 人	4,821 人	10.3%
40～64 歳	41,495 人	6,398 人	15.4%
65～74 歳	14,113 人	9,558 人	67.7%
75 歳～	10,669 人		
計	113,309 人	20,777 人	18.3%

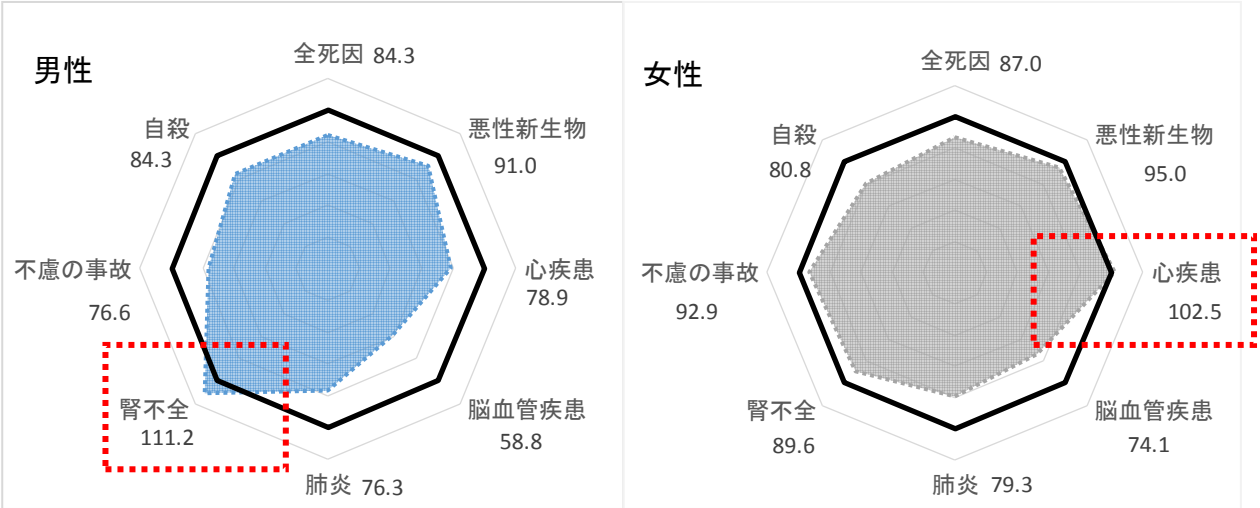
【資料　国保医療課事業統計】

３　死因

(1) 死亡の状況（標準化死亡比／SMR）

三田市民の主要な死因別死亡のリスクを SMR（標準化死亡比）で全国統計（100 を基準）と比較すると、男性の「腎不全」と女性の「心疾患」が若干高い結果となっていますが、その他は全国より低くなっています。

【図４　三田市の標準化死亡比／SMR（平成 23～27 年度）】

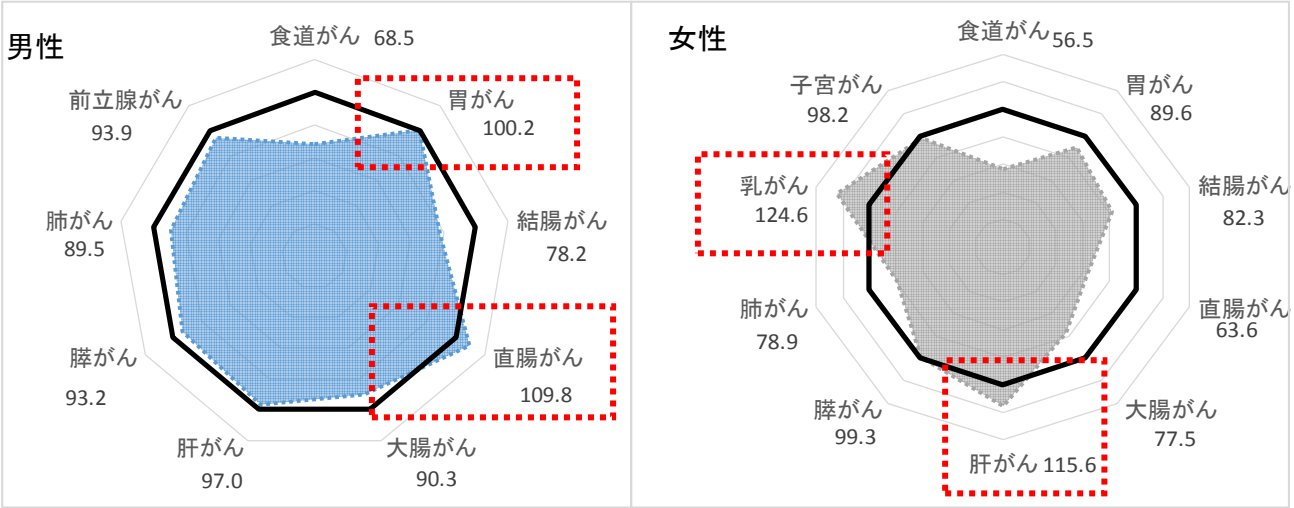


【資料　政府統計、人口動態統計・市区町村別統計より抜粋】

※標準化死亡比（SMR）とは
　年齢構成が異なる集団間（図４では三田市と全国）の死亡傾向を比較するために用いられ、標準化死亡比が基準値（100）より高い場合、その地域の死亡状況が基準となる集団より悪いことを示しています。

悪性新生物の SMR を比較すると、男性では「直腸がん」「胃がん」、女性では「乳がん」「肝がん」が全国より高くなっています。

【図５　三田市の悪性新生物に係る標準化死亡比／SMR（平成 23～27 年度）】

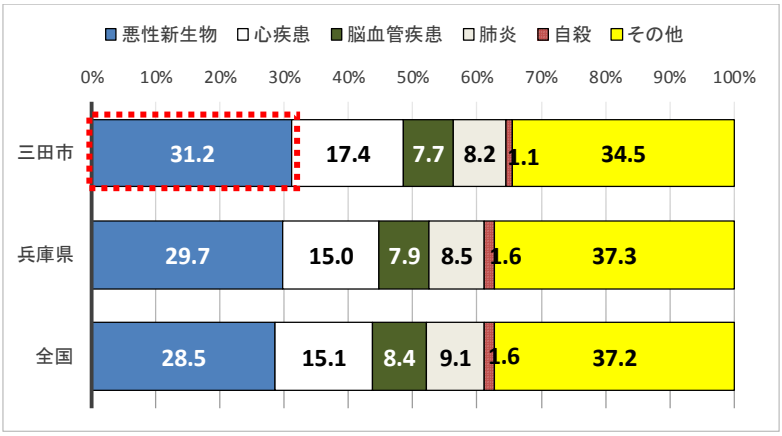


【資料　政府統計、人口動態統計・市区町村別統計より抜粋】

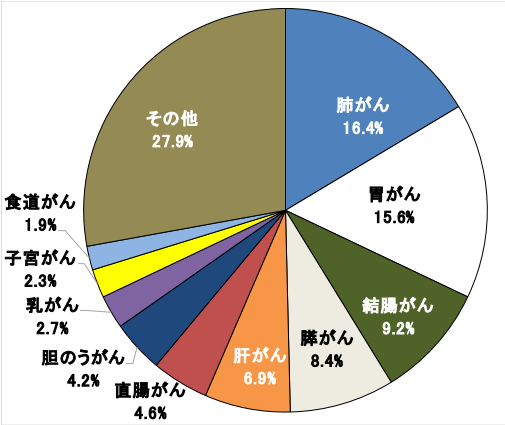
(2) 疾患別死因割合

平成 28 年度の三田市民の主要な死因の割合を国、県と比較したところ、「悪性新生物」と「心疾患」の割合が高く、「脳血管疾患」と「肺炎」の割合が低いことが分かります。悪性新生物の死亡割合は「肺がん」「胃がん」「結腸がん」の順になっています。

【図６　死因割合（平成 28 年度）】



【図７　悪性新生物の死因割合（平成 28 年度）】



【資料　政府統計、人口動態統計・市区町村別統計より抜粋】

4　平均寿命と健康寿命

平成 27 年の三田市の平均寿命は男性 82.6 歳、女性 88.5 歳となっています。県、国と比べても高い水準となっています。健康寿命の指標の一つである 65 歳での「日常生活動作が自立している期間の平均」（健康寿命※）をみると、三田市の健康寿命は、国、県と比べて高い状況となっています。

【表４　平成 27 年「平均寿命」と「健康寿命」及びその差】

区分	平均寿命		健康寿命		平均寿命―健康寿命	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
三田市	82.60	88.50	81.19	85.23	1.41	3.27
兵庫県	81.06	87.15	79.62	83.96	1.44	3.19
全国（H25）	78.94	85.66	77.60	82.60	1.34	3.06

※健康寿命の算定方法にはいくつか種類がありますが、ここで介護保険の介護度が要介護２～５を不健康な状態、それ以外を健康な状態（自立）と定義したうえで算定しています（厚生労働省算定プログラム準拠）。

5　介護保険の状況

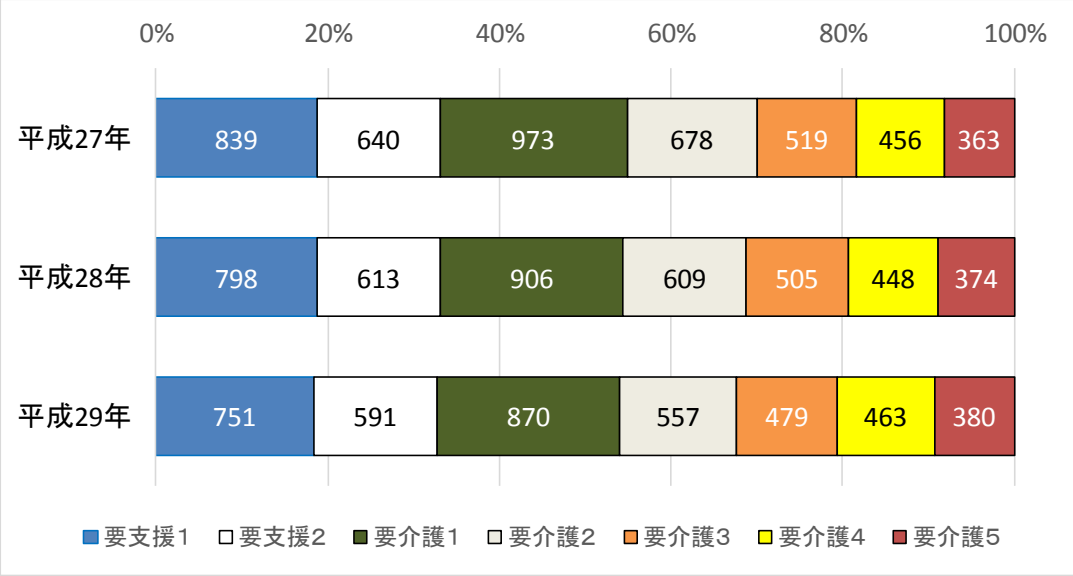
介護保険の認定者数は年々増加傾向にあります。（表５参照）介護認定者のうち有病者の状況をみたところ、糖尿病の有病率が国、県と比較して高くなっています。また、高血圧症、心臓病、筋・骨格の有病率は 50%を超えています。（表６参照）

【表５　介護認定者と認定率】

区分	平成 27 年	平成 28 年	平成 29 年
認定者数	4,091 人	4,253 人	4,468 人
認定率	17.2%	17.1%	17.2%
うち 65～74 歳	3.7%	3.6%	3.6%
うち 75 歳以上	34.9%	34.9%	35.2%

【資料　三田市介護保険課事業統計】

【図８　介護認定者の内訳】



【資料　三田市介護保険課事業統計】

【表６　介護（支援）認定者の有病状況（平成 28 年度）】

区分	糖尿病	高血圧症	脂質異常症	心臓病	脳疾患	筋・骨格	精神
三田市	25.4%	52.8%	32.9%	63.3%	25.9%	54.5%	34.2%
兵庫県	25.2%	55.2%	33.1%	63.8%	26.2%	55.5%	36.1%
全国	22.1%	50.9%	28.4%	58.0%	25.5%	50.3%	35.2%

【資料　KDB システムデータ】

６　地域包括ケアにかかる取り組みについて

高齢化が急速に進展する中、住み慣れた地域で安心して暮らしていくために、生活の場である日常生活圏域で、高齢者が可能な限り、その有する能力に応じた自立した日常を営めるよう、地域包括ケアを推進します。具体的な取り組みは「三田市高齢者福祉保健計画・介護保険事業計画」に定めます。

【課題１】死因が「がん」による人の割合が高い

疾患別死因割合から、「がん」によって亡くなる人の割合が、国、県よりも高いことが明らかとなり、また入院を主としてがんによってかかる医療費は高い状況にあります。

がんは依然として日本人の死因の１位ではありますが、近年がん検診精度の向上及び医療技術の進歩により、早期発見であれば完治を目指せる病気になりました。また、生活習慣の欧米化の影響により増加傾向にある乳がんや大腸がんは、食習慣などの改善により、がんにかかるリスクを減少させることが可能です。

がん対策としては、「避けられるがんを防ぐ」ため、効果的な健康管理に向けた意識の啓発が重要です。また、「早期発見」を目指したより受けやすい受診環境の整備、精度管理の向上、及び「早期治療」につながる要精密検査の対象者へのフォロー体制の構築が必要です。

第４章 国民健康保険医療費の分析

１　医療費構成

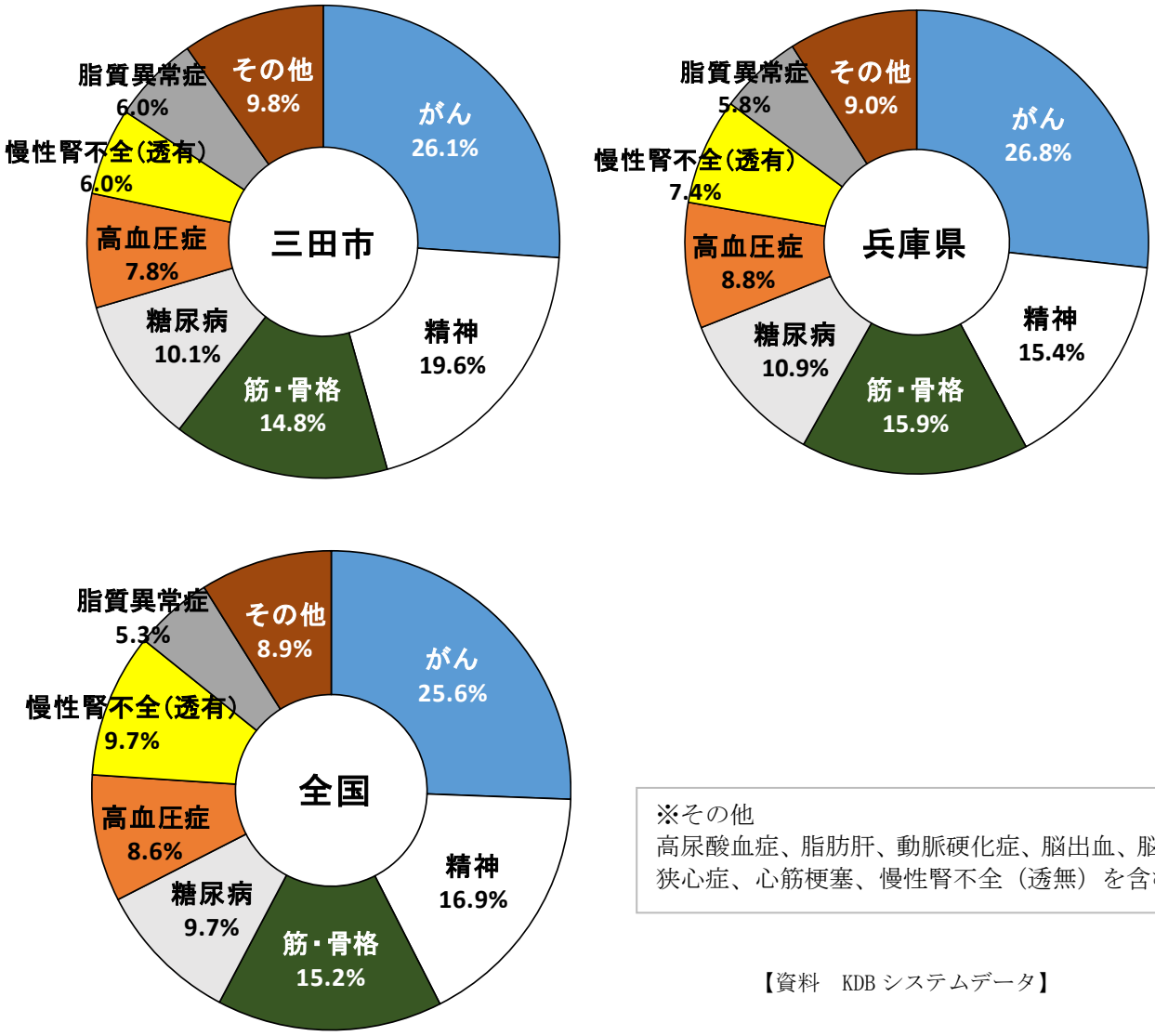
表７のとおり、三田市の医療費は年々増加しています。三田市の医療費構成について国、県平均と比較したところ、精神に関する医療費の割合が高くなっています。それに伴い、筋・骨格、糖尿病、高血圧症、慢性腎不全（透析あり）の医療費の割合は国、県平均よりも低くなっていますが、脂質異常症については、国、県を上回っています。なお、医療費構成割合の高い疾病の順位については、国、県と同様となっています。（図９参照）

【表７　医療費総額の推移】

年度	H24	H25	H26	H27	H28
件数	356, 698	362, 800	371, 426	378, 751	373, 252
医療費総額（千円）	7, 348, 736	7, 393, 402	7, 803, 558	8, 194, 029	7, 949, 975

【資料　三田市国保医療課統計】

【図９　医療費構成の割合】平成 28 年度、最大医療資源病床名による、調剤報酬を含む)】



※その他
高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化症、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、慢性腎不全（透無）を含む

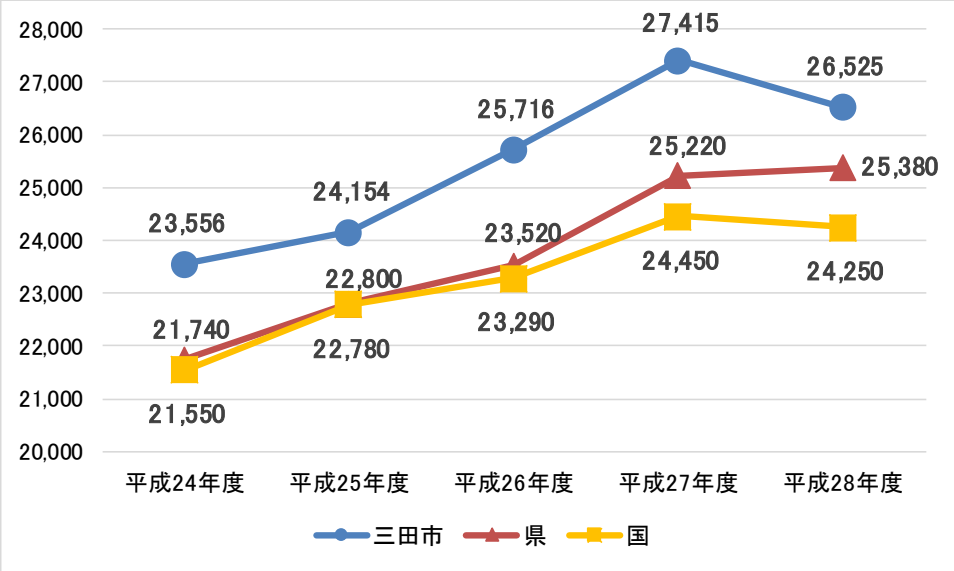
【資料　KDB システムデータ】

２　一人当たり医療費の比較

平成 24 年度から平成 28 年度の一人当たり医療費を全被保険者で国、県と比較した場合、全ての年度で国、県の平均を上回っています。（図 10 参照）。また、一人当たり医療費を外来と入院に分けても、外来、入院ともに国、県平均を上回っています。（図 11、図 12 参照）

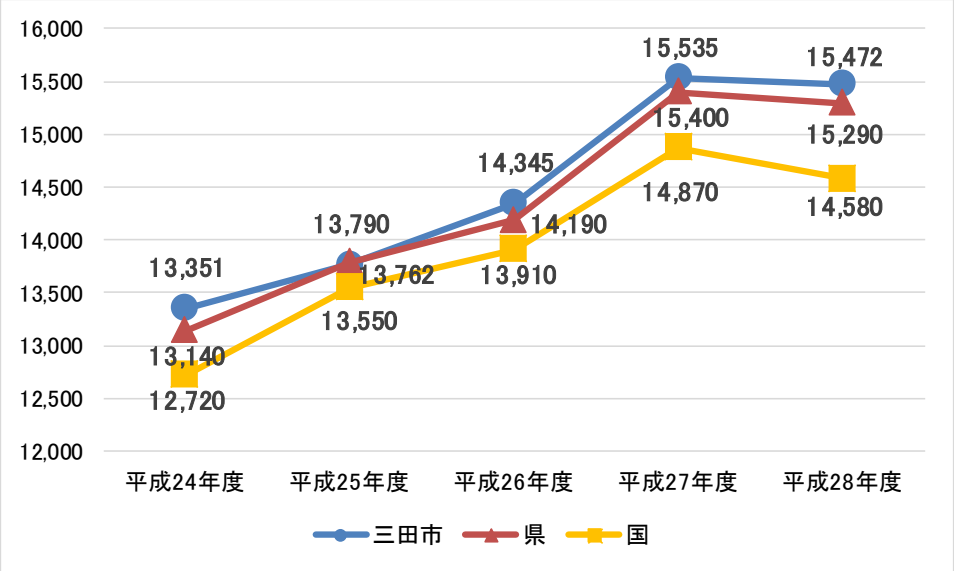
また、歯科の一人当たり医療費についても、国、県平均を上回る結果となっています。（図 13 参照）

【図 10　被保険者一人当たり月額総医療費（平成 24 年度～28 年度）】



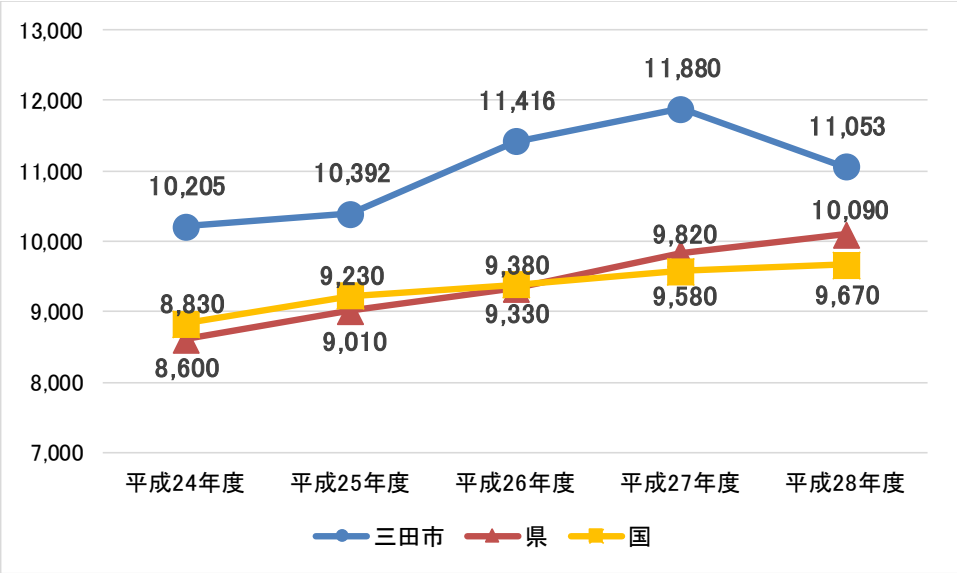
【資料　KDB システムデータ】

【図 11　被保険者の一人当たり月額外来医療費（平成 24 年度～28 年度）】



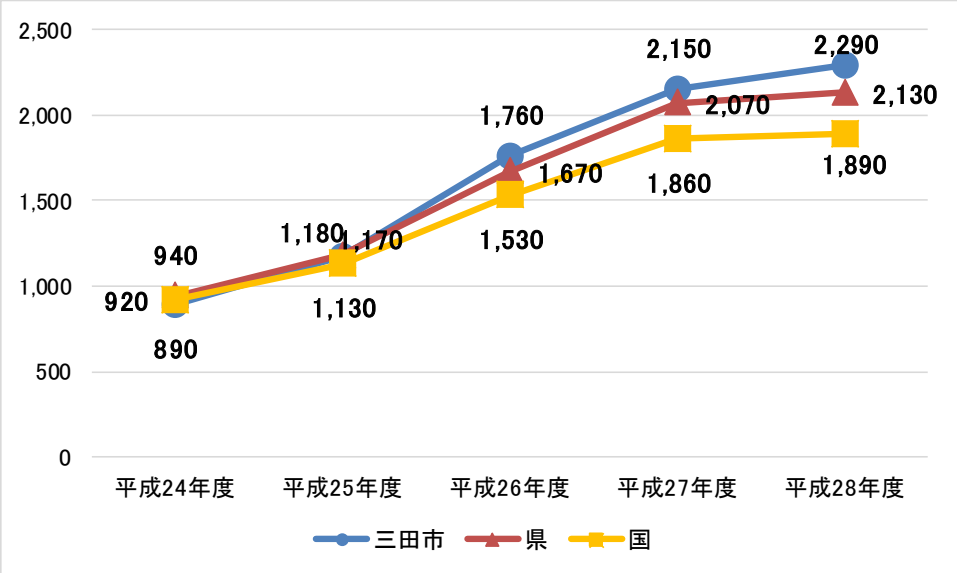
【資料　KDB システムデータ】

【図 12　被保険者一人当たり月額入院医療費（平成 24 年度～28 年度）】



【資料　KDB システムデータ】

【図 13　被保険者一人当たり月額歯科医療費（平成 24 年度～28 年度）】



【資料　KDB システムデータ】

３　疾病分類別医療費

(1) レセプトデータからみる生活習慣病の状況

全体の医療費のうち高い割合を占める生活習慣病についてレセプトデータから分析したところ、医療費総額が最も高額となっている疾病は糖尿病であり、生活習慣病全体の医療費の 25.3%を占めています。入院医療費では、虚血性心疾患が、外来医療費では糖尿病が最も高額となっています。（表８参照）

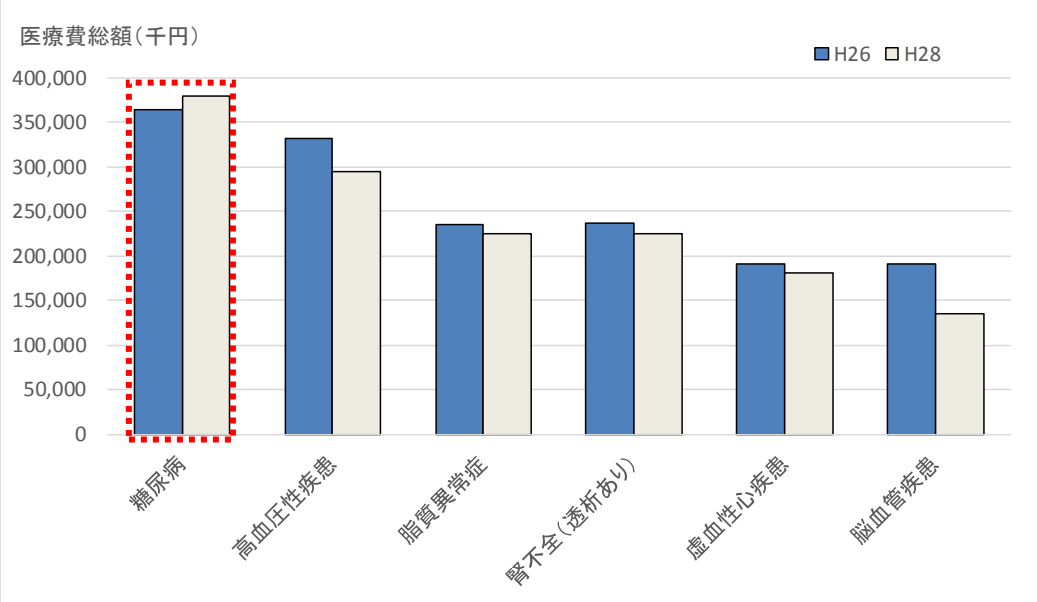
平成 26 年度と平成 28 年度の医療費を比較したところ、糖尿病にかかる医療費が増加しています。（図 14 参照）

【表８　生活習慣病ごとの入院外来別医療費（全体）（平成 28 年度）】　（単位：千円）

生活習慣病　疾病名称	入院	外来	合計	割合	順位
糖尿病	35,094	344,601	379,695	25.3%	1
高血圧性疾患	4,928	289,137	294,065	19.6%	2
脂質異常症	2,042	223,642	225,684	15.0%	3
腎不全（透析あり）	18,743	206,631	225,374	15.0%	4
虚血性心疾患	137,297	43,914	181,211	12.1%	5
脳血管疾患	110,725	24,994	135,719	9.0%	6
動脈疾患	8,967	15,030	23,997	1.6%	7
COPD	9,222	13,712	22,934	1.5%	8
肝疾患	245	7,623	7,868	0.5%	9
高尿酸血症および痛風	0	4,081	4,081	0.3%	10

【資料　KDB システムデータ『生活習慣病』を一部抜粋】

【図 14　生活習慣病上位６疾患にかかる平成 26 年度と平成 28 年度の比較】

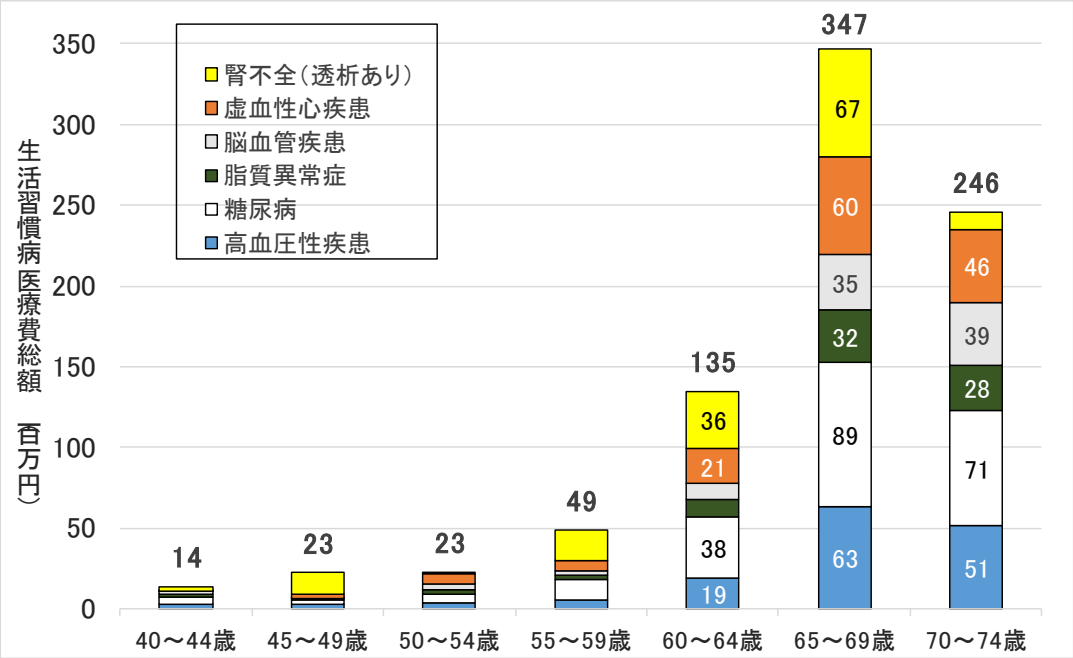


【資料　KDB システムデータ『生活習慣病』を一部抜粋】

(2) 生活習慣病別の医療費の状況

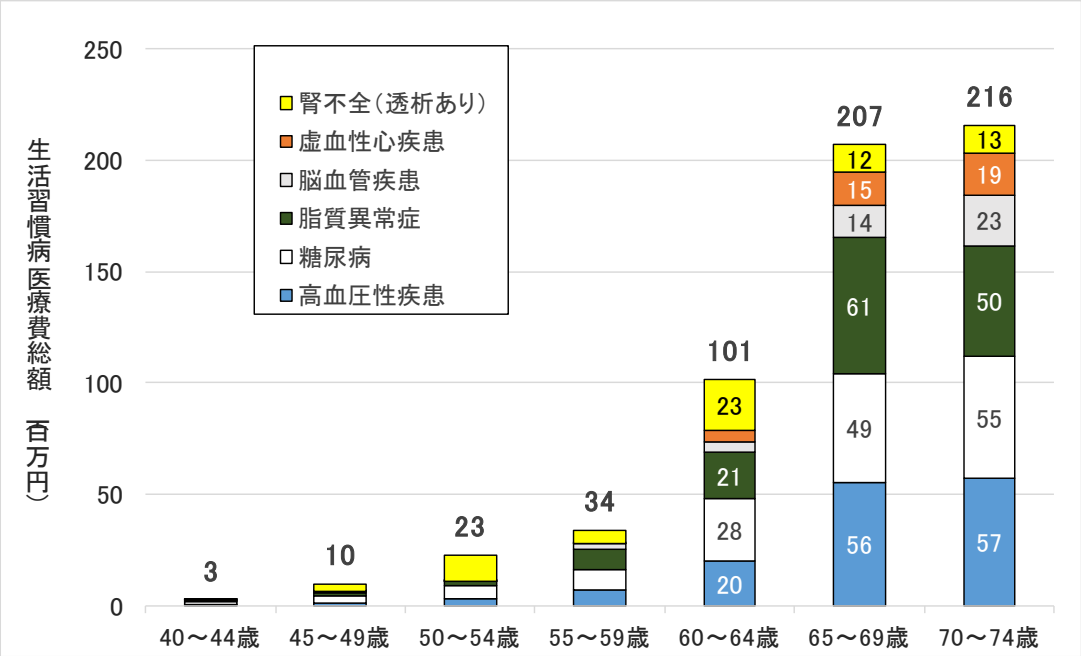
生活習慣病の総医療費および主な疾患毎の年齢階級別医療費割合を男女別に示しています。生活習慣病医療費総額は、60 代以降で急激に高くなる傾向があることや、医療費総額に占める高血圧性疾患、糖尿病の割合が男性、女性ともに高く、男性の特徴としては、腎不全、虚血性心疾患、脳血管疾患等重症化したものの割合が高く、女性では、脂質異常症の割合が高くなっていることが分かります。(図 15、図 16 参照)

【図 15　生活習慣病の疾患別年齢階級別医療費の状況（平成 28 年度）（男性）】



【資料　KDB システムデータ『生活習慣病』を一部抜粋】

【図 16　生活習慣の疾患別年齢階級別医療費の状況（平成 28 年度）（女性）】



【資料　KDB システムデータ『生活習慣病』を一部抜粋】

(3) 高額医療費の状況

平成 28 年４月から平成 29 年３月の１年間で、１か月に 200 万円以上の医療費がかかった件数は 141 件あり、総額は約４億 369 万円（1 件当たり約 286 万円）です。このうち虚血性心疾患と脳血管疾患については、基礎疾患が高血圧症や脂質異常症等の生活習慣病であるため、予防が可能であると考えられます。（表９参照）

【表９　高額レセプト（月額 200 万円以上）の疾患状況】

年間集計	月額医療費	総額（千円）	循環器疾患（重複あり）			
			虚血性心疾患	大動脈疾患	脳血管疾患	動脈閉塞
3 件	600 万円以上	22,778	1 件	3 件	1 件	0 件
5 件	500 万円台	26,281	0 件	2 件	0 件	0 件
8 件	400 万円台	34,982	0 件	0 件	1 件	1 件
29 件	300 万円台	96,066	6 件	3 件	2 件	0 件
96 件	200 万円台	223,578	16 件	0 件	10 件	4 件
141 件	合計	403,685	23 件	8 件	14 件	5 件

【資料　KDB システムデータ　平成 28 年 4 月～平成 29 年 3 月分　『月額 200 万円以上の診療報酬』を加工】

【表 10　生活習慣病を基礎疾患に持つ高額レセプトの主な疾患の状況】

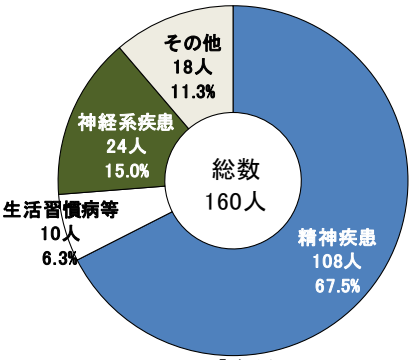
	件数（重複疾患があるため右計とは不一致）	合計費用額（金額　万円）	一件あたり費用額（金額　万円）	他疾患の合併（基礎疾患及び疾患の進展）						
				基礎疾患（件数）			循環器疾患（件数）			
				高血圧症	糖尿病	脂質異常症	虚血性心疾患	大動脈疾患	脳血管疾患	動脈閉塞
虚血性心疾患	23 件	6,540	284	11	8	12		2	3	1
脳血管疾患	14 件	4,295	306	9	2	4	3	2		3

【資料　KDB システムデータ　平成 28 年 4 月～平成 29 年 3 月分　『月額 200 万円以上の診療報酬』を加工】

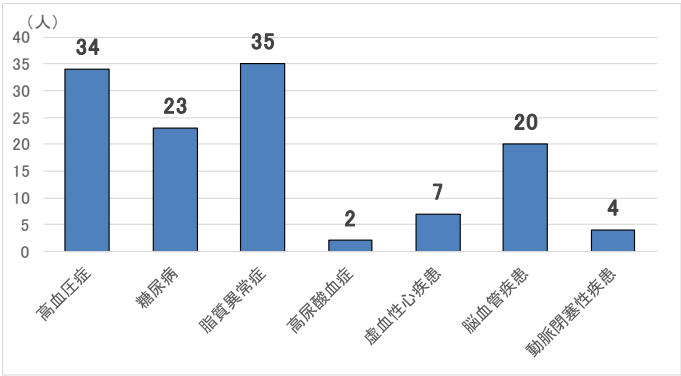
(4) 長期入院者の医療費

平成 28 年４月から平成 29 年３月の１年間で、６か月以上の長期入院者の実人数は 160 人でした。主たる疾患の状況をみると、精神疾患が 108 人(67.5%)、神経系疾患が 24 人(15.0%)、生活習慣病等が 10 人（6.3%）の順となっています。（図 17 参照）また、生活習慣病（他の疾患の重複含む）の状況をみると、脂質異常症、高血圧症、糖尿病の順になっています。（図 18 参照）

【図 17　長期入院内訳】



【図 18　長期入院患者のうち生活習慣病を併せ持つ人の疾患状況】



【資料　KDB システムデータ　平成 28 年 4 月～平成 29 年 3 月分　『長期入院一覧』を加工】

(5) 人工透析の状況

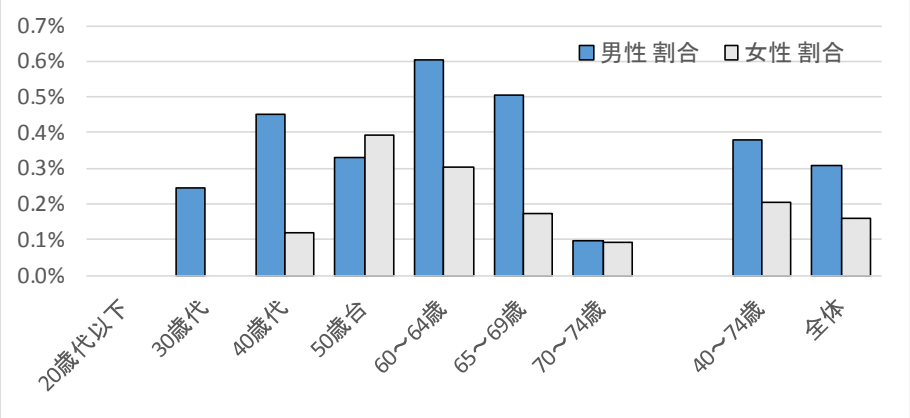
慢性腎臓病（CKD）は生命や生活の質（QOL）に重大な影響を与える疾患です。慢性腎臓病による人工透析にかかる一人当たりの医療費は高額で年間約 500 万円といわれており、三田市でも生活習慣病全体の 15%（約 22,537 万円）を占めています。新規透析患者を減少させることは、QOL の維持に大切なことであり、増大する医療費の抑制にもつながります。

慢性腎臓病発症には生活習慣病が大きく関わっており、重症化させないためには生活習慣病の予防が重要であるといわれています。

三田市国保の人工透析の状況を分析したところ、年齢階層毎の被保険者数に対して男性では 60 から 64 歳、女性では 50 歳代の対象者の割合が最も多くなっており、新規透析患者数は、概ね横ばいで推移しています。（図 19、表 11 参照）

人工透析の患者は、他の生活習慣病を併発しているケースが多く、特に高血圧症については 85.7%、糖尿病については 53.1%の人が該当しています。高血圧症、糖尿病ともに平成 26 年度と比較してもその割合が増加しているため、人工透析を受けないよう、高血圧症や糖尿病の予防及び重症化予防が重要であることがわかります。（図 20 参照）

【図 19　被保険者数に対する人工透析対象者割合（平成 28 年度）】



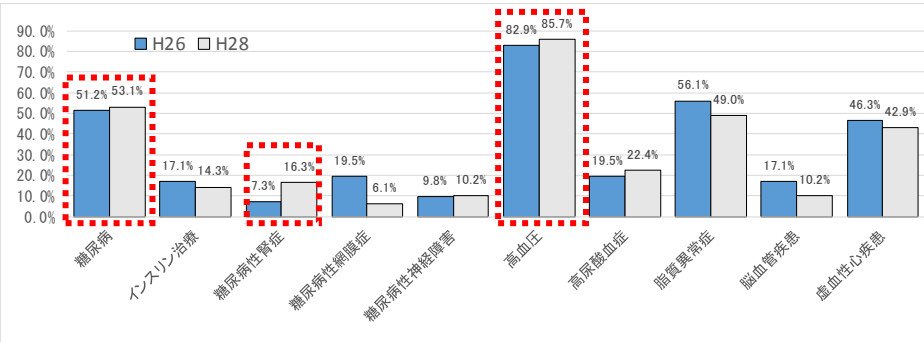
【資料　KDB システムデータ】

【表 11　人工透析患者数の推移】

	H26	H27	H28	H29
透析患者数合計（各年度当初）	51	49	50	44
新規透析患者数（1 月末現在）	11	13	14	7

【資料：国保医療課】

【図 20　人工透析患者の併発疾患の割合（H26 と H28 の比較）】



【資料　KDB システムデータ】

(6) 生活習慣病における歯周病の罹患者数

「歯肉炎及び歯周疾患」は生活習慣病と深い関連があるといわれていますが、疾患別「歯肉炎及び歯周疾患」を併発している者の割合を調べたところ、生活習慣病の診断を受けたもののうち、約半数が「歯肉炎及び歯周疾患」を併発していました。歯周病は生活習慣病をはじめとする全身の疾患に関わっていることから、全身疾患のリスクを減らすためには、定期的な歯科健診の受診と口腔ケア等の予防管理の啓発が重要です。

【表 12　生活習慣病患者の歯周病罹患割合（平成 28 年度）】

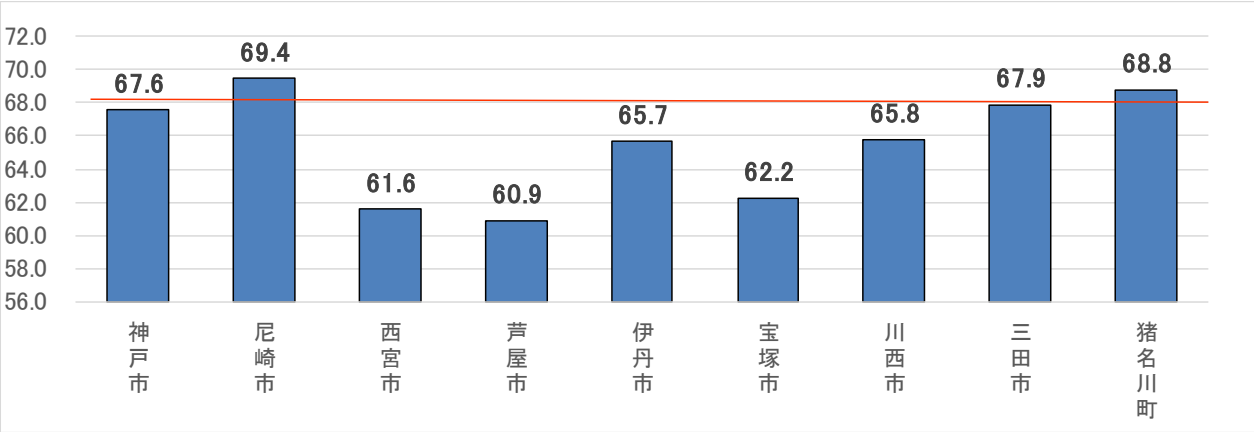
疾患名	罹患者(A)	歯肉炎・歯周疾患を併発している者(B)	B/A 割合
糖尿病	3,574 人	1,909 人	53.4%
脳卒中	1,636 人	883 人	54.0%
虚血性心疾患	1,374 人	728 人	53.0%
高血圧症	6,578 人	3,511 人	53.4%
脂質異常症	6,479 人	3,627 人	56.0%
慢性腎臓病	426 人	198 人	46.5%

【資料　KDB システムデータ】

4　ジェネリック医薬品の分析

三田市の平成 29 年３月末時点での後発医薬品使用率は、67.9%となっており、兵庫県内の市町平均値（68.0%）とほぼ同水準となっています。後発医薬品の促進は医療費抑制のための重要施策であり、今後も啓発が必要です。

【図 21　　阪神間の市町別後発医薬品使用率（平成 29 年 3 月時点）】



【資料　厚生労働省、調剤医療費（電算処理分）の動向～平成 28 年度版～】

【課題２】<u>医療費が高い糖尿病など生活習慣病の人が多い</u>

医療費に占める生活習慣病の割合は高く、特に糖尿病にかかる医療費が最も高額となっています。また、人工透析の原因となる疾患は、高血圧症、糖尿病が多いことから、有所見者に対して保健指導による生活習慣の改善や受診勧奨等の早期の介入を実施し、将来の重症化による人工透析への移行を予防することが重要です。

第５章 特定健康診査・特定保健指導の分析

（特定健康診査・特定保健指導の詳細は第７章参照）

１　特定健診の分析と課題

(1) 特定健診受診者数・受診率

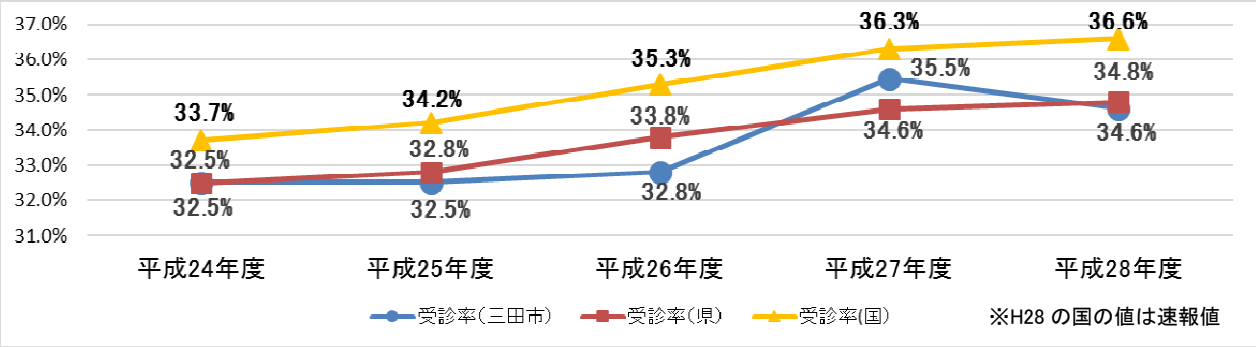
特定健診受診者数は、年々上昇傾向にあるものの、平成 28 年度は平成 27 年度よりやや減少し、5,073 人でした。また、特定健診受診率も同様に上昇傾向にありますが、平成 28 年度は 34.6%で県と比較すると若干低い状況となっています。（表 13、図 22 参照）

【表 13　特定健診対象者数、受診者数、受診率（法定報告値）】

年度	対象者数（人）	受診者数（人）	受診率（三田市）	受診率（兵庫県）
H24	14,076	4,575	32.5%	32.5%
H25	14,447	4,696	32.5%	32.8%
H26	14,668	4,811	32.8%	33.8%
H27	14,847	5,265	35.5%	34.6%
H28	14,655	5,073	34.6%	34.8%

【資料　兵庫県国民健康保険団体連合会法定報告】

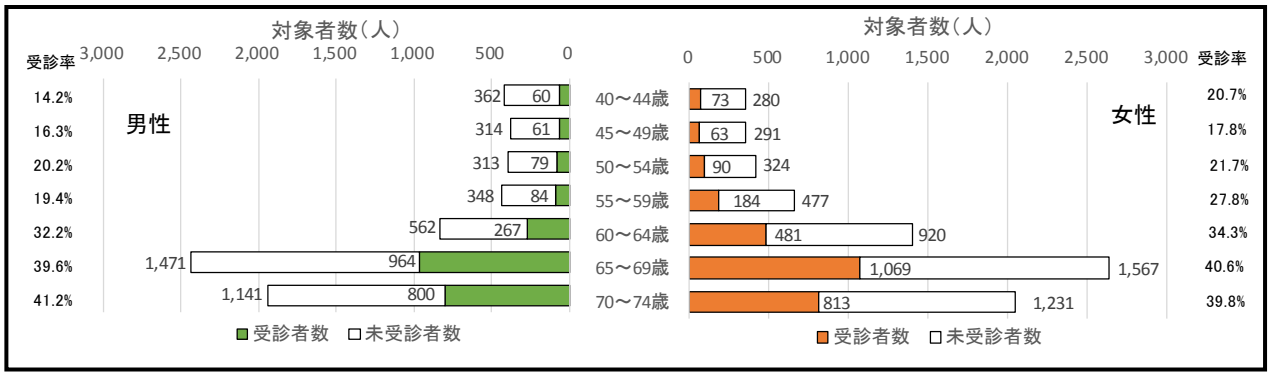
【図 22　特定健診受診率】



【資料　兵庫県国民健康保険団体連合会法定報告】

年齢階層別・男女別の健診受診率を見ると、男女ともに 40 歳から 50 歳代の年齢層において受診率が 30%未満となっており、60 代以上の年齢層では受診率が比較的高くなっています。

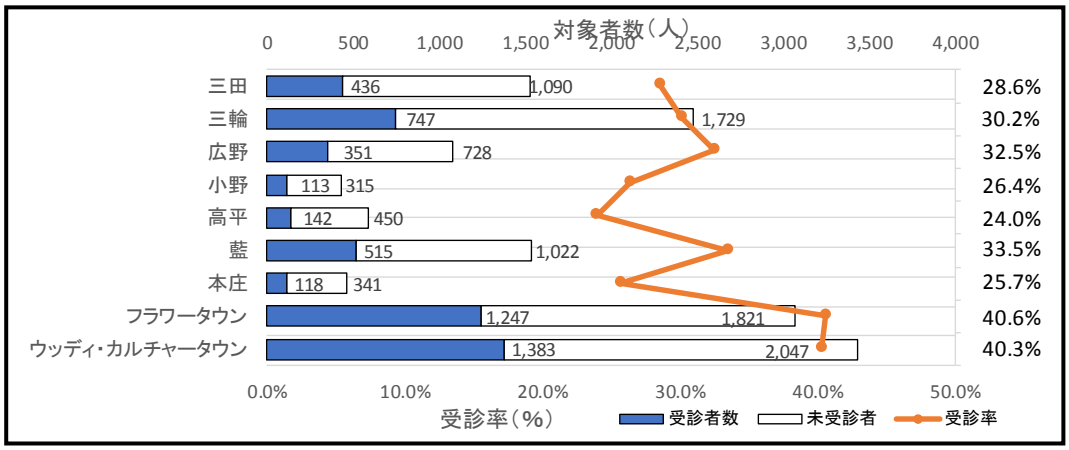
【図 23　性別年代別健診受診状況（平成 28 年度）】



【資料　特定健診データ分析結果】

地区別でみると、フラワータウン、ウッディタウン・カルチャータウンのニュータウン及びその近隣の藍地区、広野地区で受診率が高くなっている一方で、小野地区、高平地区、本庄地区の受診率は低くなっています。

【図 24　地区別受診率（平成 28 年度）】



【資料　特定健診データ分析結果】

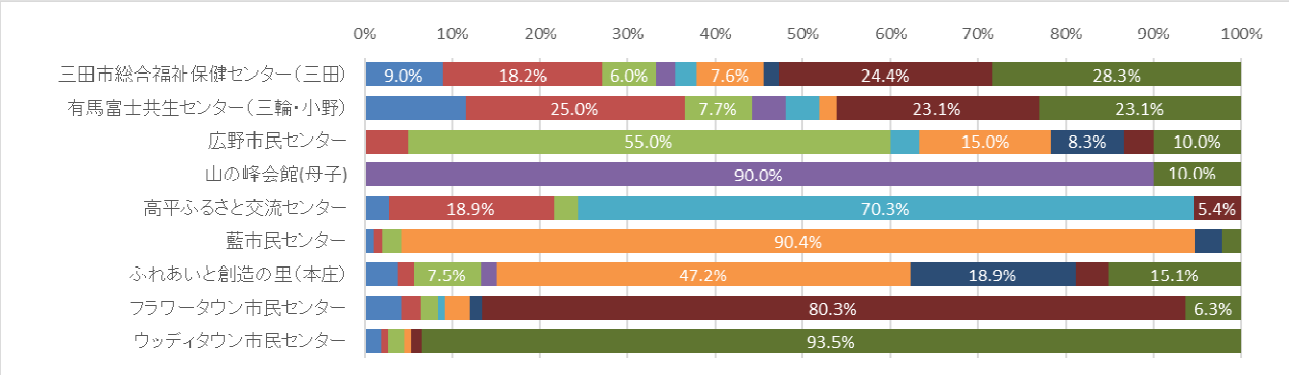
集団健診は、平成 29 年度には 30 回実施しています。国保被保険者だけでなく、市民全体を対象としており、各会場の予約率はほぼ 100%となっています。会場毎の地区別受診者割合をみると、三田市総合福祉保健センターにおいては、フラワータウン、ウッディタウンの受診者が約半数を占める一方、それ以外の出張会場では、会場近隣の地域の受診者が大半を占める結果となっています。（表 14、図 25 参照）

【表 14　集団健診各会場における地区別受診者数（平成 28 年度累計）】

各実施場所	年間累積受診者数	三田	三輪	広野	小野	高平	藍	本庄	フラワータウン	ウッディタウン・カルチャータウン	利用率	実施回数
三田市総合福祉保健センター（三田）	1945	175	354	117	42	49	148	34	475	551	73.0%	17
有馬富士共生センター（三輪・小野）	52	6	13	4	2	2	1		12	12	2.0%	1
広野市民センター	60		3	33		2	9	5	2	6	2.3%	1
山の峰会館(母子)	20				18					2	0.8%	1
高平ふるさと交流センター	37	1	7	1		26			2		1.4%	1
藍市民センター	94	1	1	2			85	3		2	3.5%	1
ふれあいと創造の里（本庄）	53	2	1	4	1		25	10	2	8	2.0%	1
フラワータウン市民センター	142	6	3	3		1	4	2	114	9	5.3%	2
ウッディタウン市民センター	262	5	2	5			2		3	245	9.8%	2
計	2665	196	384	169	63	80	274	54	610	835	100.0%	27

【資料　特定健診データ分析結果】

【図 25　集団健診各会場における地区別受診割合（平成 28 年度累計）】

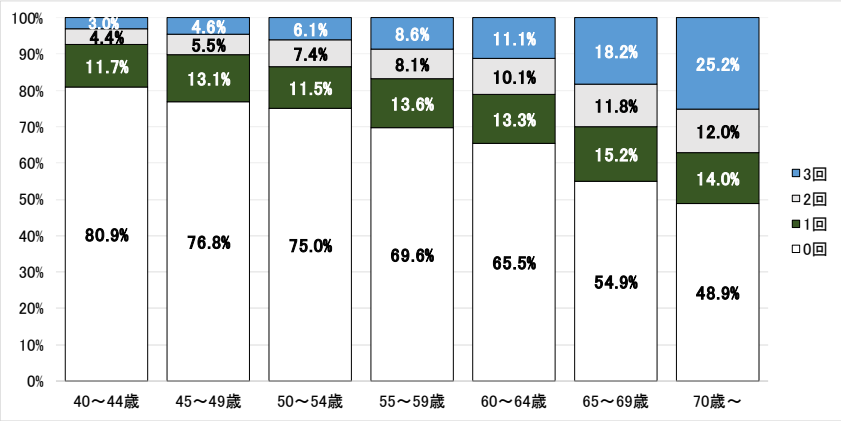


【資料　特定健診データ分析結果】

(2) 特定健診連続受診者の状況

過去３年間の特定健診受診者の内訳を見ると、70 歳代以上は約４分の１が３年間連続して特定健診を受診していますが、若年層ほど連続受診者の割合が少なくなっています。

【図 26　年齢別特定健診連続受診者の状況（H26～H28）】



【資料　KDB システムデータ】

(3) 特定健診受診勧奨の結果

平成 29 年度の特定健診未受診者のうち、電話番号が把握できた人に対し、ハガキによる受診勧奨を行い、さらに電話による受診勧奨及び未受診理由の把握を行いました。（表 15 参照）

特定健診を受診しない理由は、「かかりつけ医にかかっている」が 47.9%となっており、年齢が上がるにつれてその率は高くなっています。（40-49 歳 17.8%、70-74 歳 57.0%）医療機関において治療中の者を含めると、６割を超えています

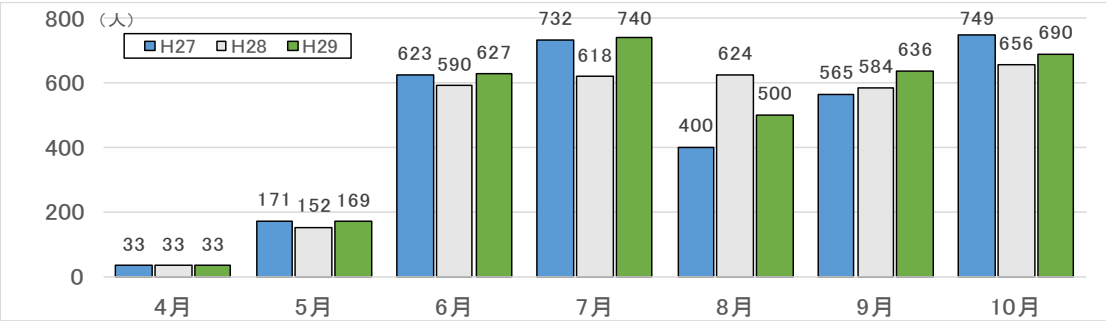
「健康だから」という理由で受診しない人は全体で 5.4%であり、10 歳ごとの年齢層でみても各年代とも 5%程度は自分が健康であるとの思いから特定健診を受診されていないことが考えられます。

【表 15　電話勧奨の結果】

実施人数	７，５０１人
回答件数（本人又は家族）	３，８１０人（**50.8%**） （内訳本人 2,755、家族 1,055）
受診の有無	**申し込みしない 1,537 人（40.3%）**、検討する 1,341 人（35.2%）、申し込みする 614 人（16.1%）、受診済及び予定 318 人（8.3%）
申し込みしない理由	**①　かかりつけ医にかかっている 736 人（47.9%）　②　治療中だから 215 人（14.0%）** ③　勤務先で受診した 151 人（9.8%）　④　忙しいから 105 人（6.8%） ⑤　健康だから 83 人（5.4%）　⑥　人間ドックで受診した　47 人（3.1%） ・その他　200 人

【資料　H29 電話勧奨時の聞き取りによる】

【図 27　特定健診月別受診者数】



【資料　特定健診データ分析結果】

【課題３】特定健診対象者のうち、健診を受診する人の割合が少ない

第１期データヘルス計画に掲げたとおり、集団健診の出張会場を増やす取り組みや受診勧奨ハガキの送付、電話勧奨等を行った結果、全体の受診率は若干上昇しましたが、現状の取組みのままでは大幅な受診率向上は期待できない状況にあります。特定健診受診率が低いと被保険者の健康状態を把握できず、健康課題への対策を行うことが困難になります。より正確に実態を把握して保健事業を実施していくためにも、更なる受診率向上に取り組む必要があります。

年齢階層別の受診状況において、特に若年層（40～50 歳代）の受診率が低くなっています。年齢を重ねるにつれ生活習慣は固定化していくため、適切な健康管理に繋がる重要なこの年齢層の未受診理由を把握し、ニーズに合致した受診環境の整備や効果的な受診勧奨などの対策が必要です。

さらに、未受診者の中にはかかりつけ医で治療中等のため特定健診を受診していないという人が相当数含まれていることから、医療機関と連携し積極的な情報提供を行っていくことも重要です。

(4) メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

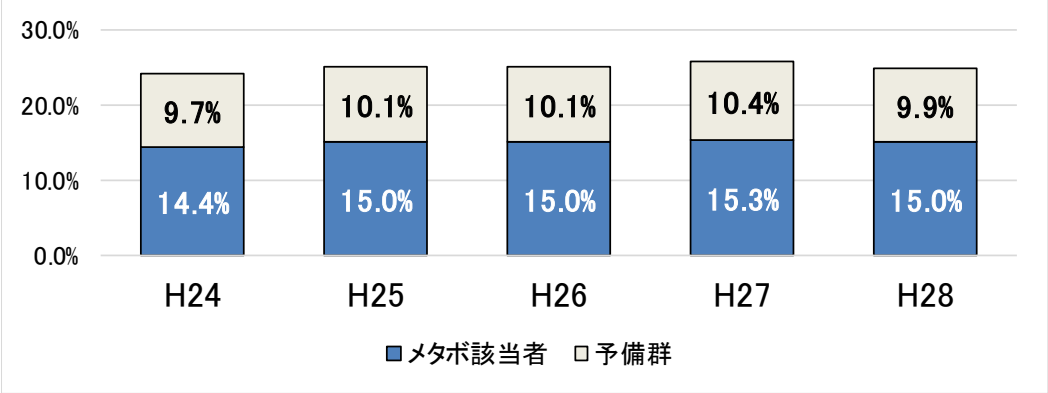
（メタボリックシンドロームの詳細は第７章参照）

ア　メタボ該当者、予備群の割合

メタボ該当者及び予備群の割合の推移を見ると、どちらもほぼ横ばいとなっています。（図28参照）

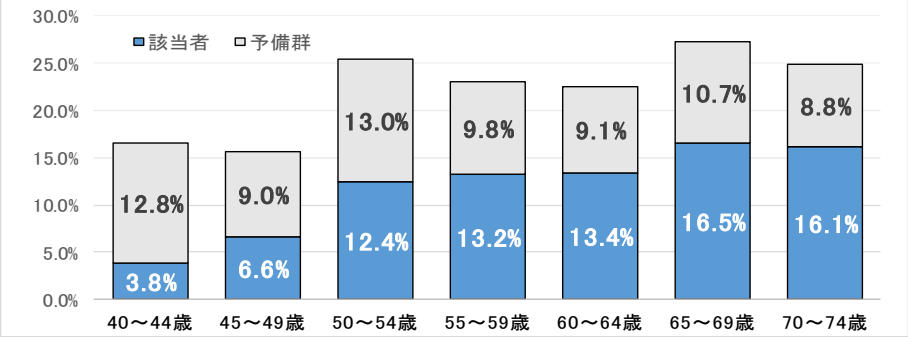
メタボ該当者の割合は、年齢が上がるにつれて上昇する傾向にありますが、県との比較ではやや低い水準となっています。（図29、30参照）

【図28　メタボ該当者、予備群の割合の推移】



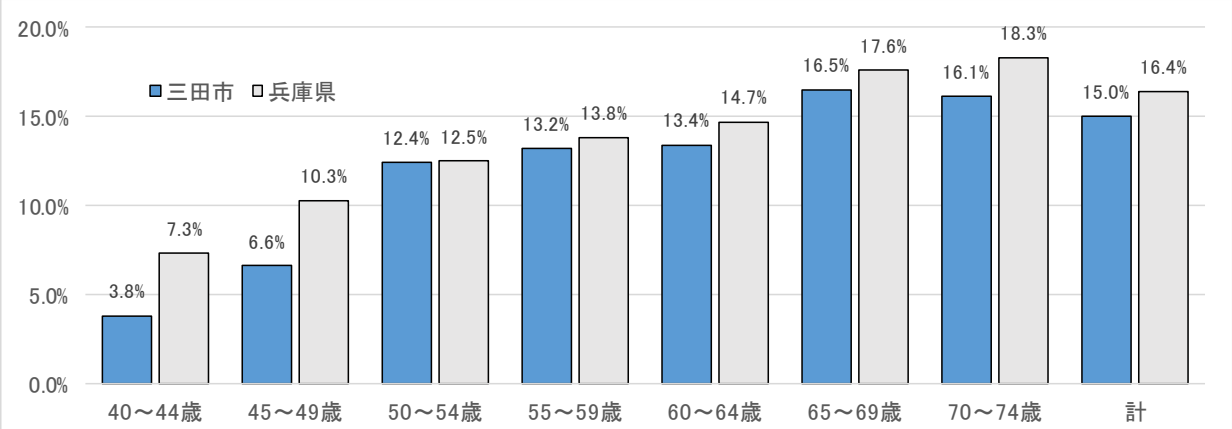
【資料　特定健診データ分析結果】

【図 29　年代別メタボ、予備群該当者割合（平成 28 年度）】



【資料　特定健診データ分析結果】

【図 30　メタボ該当者割合の兵庫県との比較（平成 28 年度）】



【資料　特定健診・特定保健指導実施結果集計表（県集計）】

メタボ該当者、予備群の減少率を県内市町と比較すると、メタボ該当者はいずれの年度においても減少率がやや低くなっていますが、メタボ予備群については平成 27 年度以降メタボの判定が改善している割合が高くなっています。

【表16　メタボ該当者、予備群の減少率※】

		H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
該当者	三田市	20.8%	19.6%	19.9%	20.6%	20.2%
減少率	県内市町	23.3%	22.8%	23.1%	22.0%	21.6%
予備群	三田市	20.6%	18.9%	18.9%	22.8%	23.4%
減少率	県内市町	22.3%	21.5%	21.7%	20.7%	20.6%

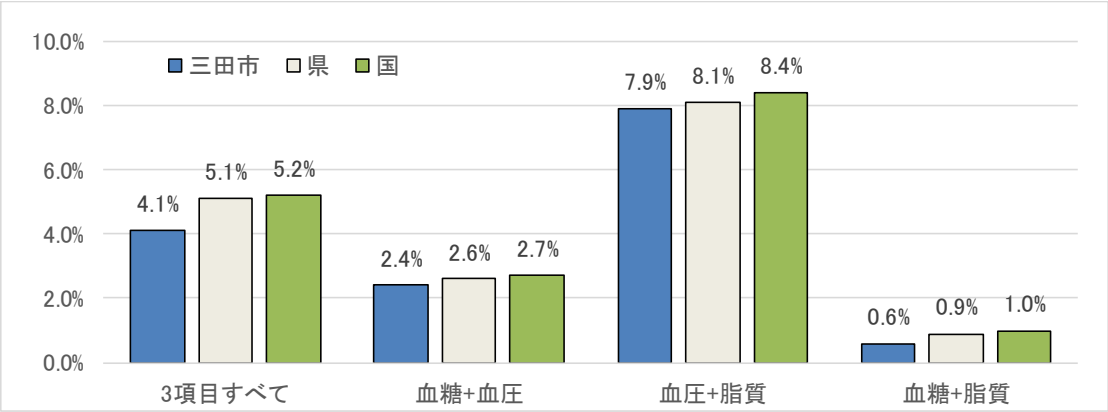
※メタボ減少率とは、特定健診でメタボ、または予備群に該当した人のうち、次年度の健診において判定が改善した人の割合

【資料　兵庫県国民健康保険団体連合会法定報告】

イ　メタボ該当者における判定項目の重複状況

メタボ該当者における３項目（血糖、脂質、血圧）の重複状況を国、県と比較したところ、すべての項目で国、県よりも低い水準となっています。

【図 31　メタボ該当者における判定項目重複状況比較（平成 28 年度）】



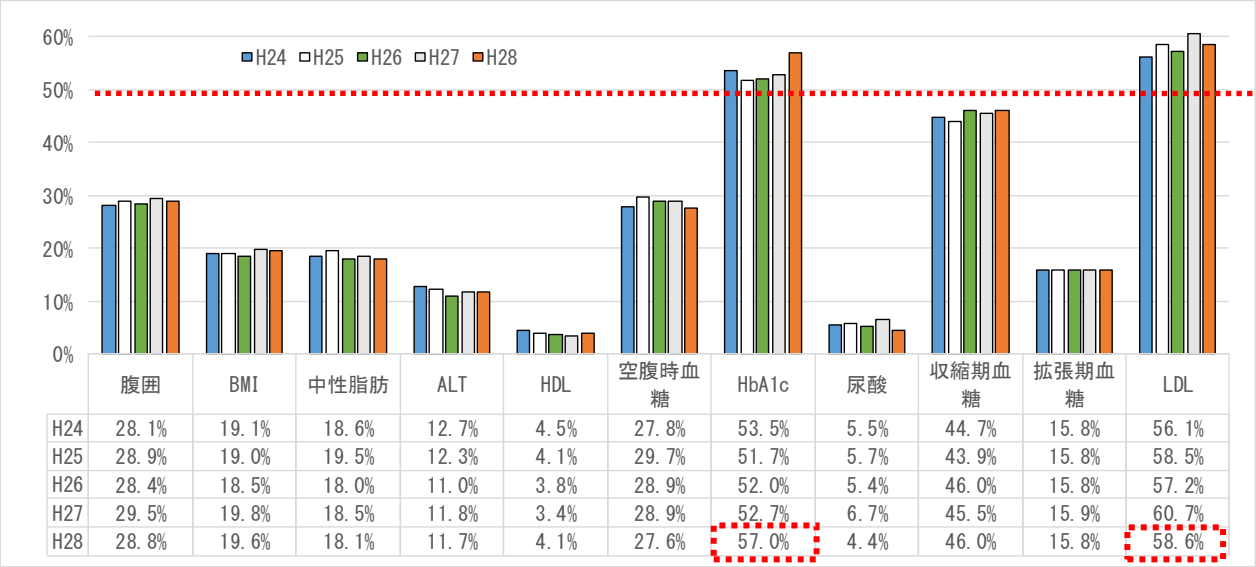
【資料　特定健診・特定保健指導実施結果集計表（県集計）】

(5) 健診結果の分析

ア　有所見の状況

有所見率の推移をみると、HbA1c及びLDLコレステロールが増加傾向にあり、受診者の5割を超えています。

【図 32　特定健診における有所見状況】



	腹囲	BMI	中性脂肪	ALT	HDL	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血糖	拡張期血糖	LDL
H24	28.1%	19.1%	18.6%	12.7%	4.5%	27.8%	53.5%	5.5%	44.7%	15.8%	56.1%
H25	28.9%	19.0%	19.5%	12.3%	4.1%	29.7%	51.7%	5.7%	43.9%	15.8%	58.5%
H26	28.4%	18.5%	18.0%	11.0%	3.8%	28.9%	52.0%	5.4%	46.0%	15.8%	57.2%
H27	29.5%	19.8%	18.5%	11.8%	3.4%	28.9%	52.7%	6.7%	45.5%	15.9%	60.7%
H28	28.8%	19.6%	18.1%	11.7%	4.1%	27.6%	57.0%	4.4%	46.0%	15.8%	58.6%

【資料　特定健診・特定保健指導実施結果集計表（県集計）】

イ　健診結果の判定区分別割合

HbA1c、血圧、LDLコレステロールについて、健診結果の判定区分別（正常・保健指導判定値・受診勧奨判定値）割合を見ると、平成28年度の正常割合は、血圧では約半数で、HbA1c、LDLコレステロールは約4割となっています。

HbA1cでは、正常の割合が年々急激に低くなり、保健指導判定値及び受診勧奨判定値の割合が高くなっています。血圧の割合については大きな変化がありませんが、LDLコレステロールは保健指導判定値の割合が年々増加傾向にあります。（表17、18、19参照）

【表17　HbA1cの健診結果】

	HbA1c測定者	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0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
H24年度	4,571	2,120	46.4%	1,526	33.4%	577	12.6%	187	4.1%	106	2.3%	55	1.2%
H25年度	4,698	2,262	48.1%	1,570	33.4%	538	11.5%	174	3.7%	106	2.3%	48	1.0%
H26年度	4,812	2,307	47.9%	1,628	33.8%	558	11.6%	165	3.4%	101	2.1%	53	1.1%
H27年度	5,269	2,488	47.2%	1,750	33.2%	646	12.3%	197	3.7%	128	2.4%	60	1.1%
H28年度	4,998	2,095	41.9%	1,841	36.8%	682	13.6%	195	3.9%	133	2.7%	52	1.0%

【資料　特定健診データ分析結果】

【表18　血圧の健診結果】

	血圧測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		～130/～85		～139/～89		Ⅰ度（～159/～99）		Ⅱ度（～179/～109）		Ⅲ度（180～/110～）	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H24年度	4,581	2,453	53.5%	1,027	22.4%	901	19.7%	173	3.8%	27	0.6%
H25年度	4,708	2,575	54.7%	1,037	22.0%	880	18.7%	181	3.8%	35	0.7%
H26年度	4,818	2,544	52.8%	1,091	22.6%	979	20.3%	164	3.4%	40	0.8%
H27年度	5,277	2,795	53.0%	1,159	22.0%	1,088	20.6%	198	3.8%	37	0.7%
H28年度	5,090	2,681	52.7%	1,132	22.2%	1,047	20.6%	192	3.8%	38	0.7%

【資料　特定健診データ分析結果】

【表19　LDLコレステロールの健診結果】

	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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H24年度	4,580	2,012	43.9%	1,150	25.1%	819	17.9%	406	8.9%	193	4.2%
H25年度	4,708	1,956	41.5%	1,267	26.9%	865	18.4%	366	7.8%	254	5.4%
H26年度	4,816	2,061	42.8%	1,199	24.9%	923	19.2%	375	7.8%	258	5.4%
H27年度	5,278	2,073	39.3%	1,402	26.6%	1,027	19.5%	488	9.2%	288	5.5%
H28年度	5,089	2,104	41.3%	1,387	27.3%	923	18.1%	434	8.5%	241	4.7%

【資料　特定健診データ分析結果】

【課題４】健診結果から、糖尿病及び脂質異常の有所見者が多い

生活習慣病のリスク要因であるメタボ該当者及び予備群については、県・国と比較してやや低い水準で推移していますが、メタボ該当者の減少率が県と比較しても少なく、より効果的・効率的な特定健診・特定保健指導の実施が必要です。

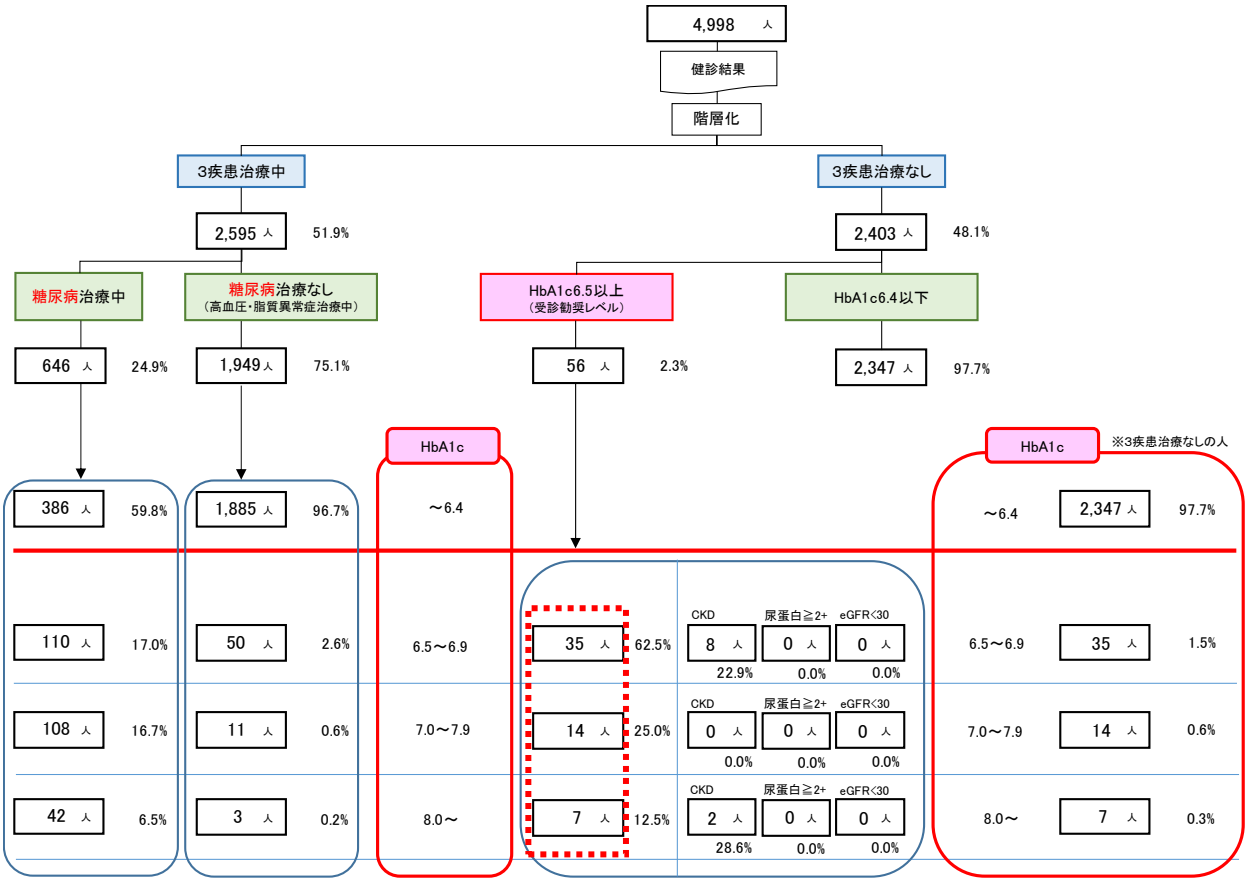
また、有所見率の推移及び健診の判定区分別割合からも、HbA1c の値が高く保健指導判定値及び受診勧奨判定値の基準に該当している人や、LDL コレステロールの値が高く保健指導判定値の基準に該当している人が多くなっています。

保健指導や受診が必要となっているにも関わらず適切な指導や治療などを受けずにいると、自覚症状がないままに重症化してしまう可能性もあります。生活習慣病を持つ軽度リスク者に対し、早期からの生活習慣改善の啓発や保健指導の実施等の対策を講じていくことが必要となります。

(6) 生活習慣病リスクと未治療者の状況

平成 28 年度の特定健診の結果及びレセプトデータから、糖尿病、高血圧、脂質異常症についてリスク別、受診行動別にフローチャートを作成し分析しています。(図 33～35 参照)

【図 33　糖尿病リスクに関するフローチャートデータ（平成 28 年度)】



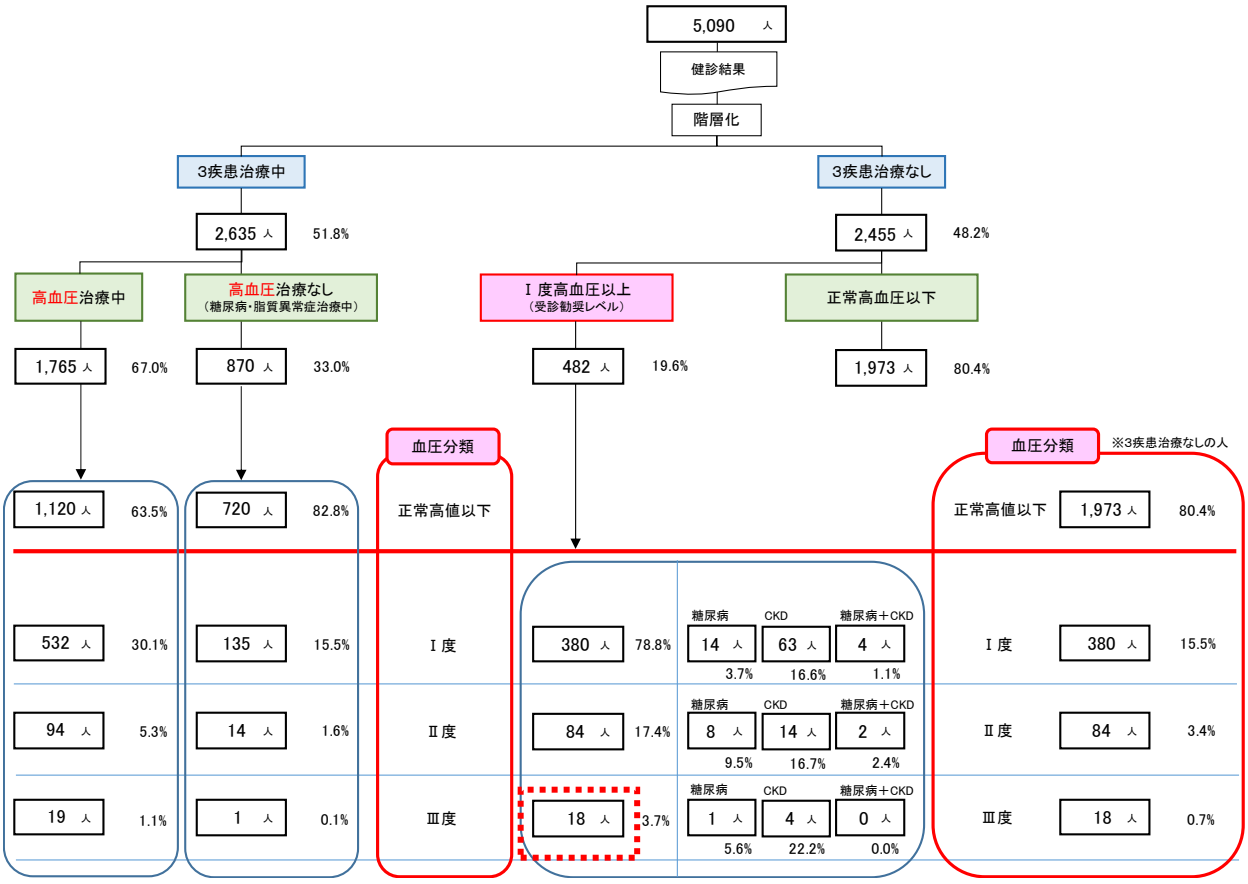
【資料　特定健診データ分析結果】

糖尿病のリスクフローチャートでは、3 疾患治療なし（血圧、脂質、血糖の服薬歴がないもの）のうち、HbA1c6.5 以上（受診勧奨レベル）にある要治療に該当する人の抽出を行っています。

受診勧奨レベルにある医療機関未受診者は、平成 28 年度には 56 人になっています。

糖尿病については、腎症・網膜症・神経障害などの合併症を引き起こし、対象者の生活の質(QOL)も著しく低下させることから、腎不全、人工透析への移行等、重症化予防を進めていくことが必要です。

【図 34　高血圧リスクに関するフローチャートデータ（平成 28 年度）】



【資料　特定健診データ分析結果】

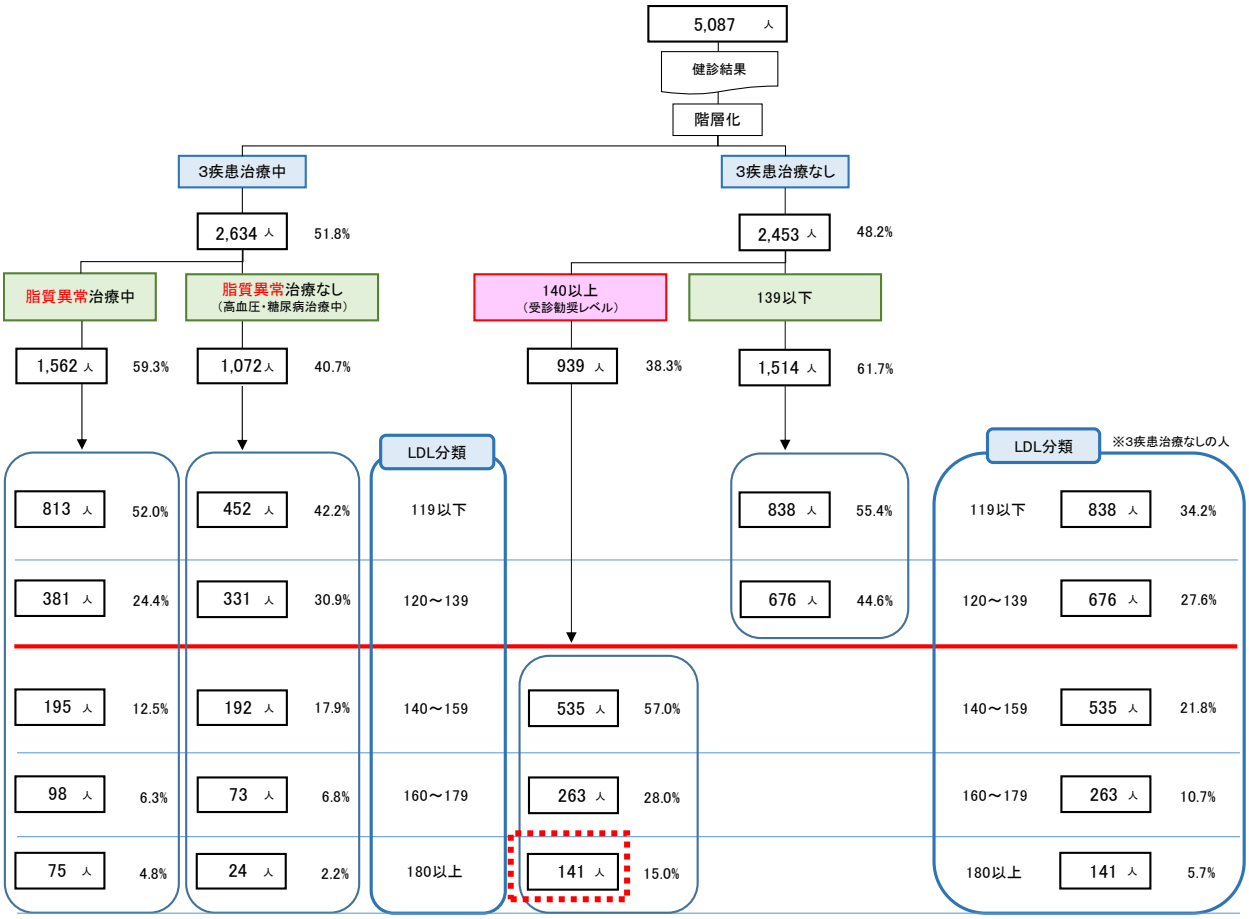
高血圧のリスクフローチャートでは、3 疾患治療なし（血圧、脂質、血糖の服薬歴がないもの）のうち、Ⅰ度高血圧以上（受診勧奨レベル）にある要治療に該当する人の抽出を行っています。このうち、Ⅲ度高血圧（収縮期血圧≧180mmHg または 拡張期血圧≧110mmHg）の 18 人については、よりハイリスクな状態にあるため、医療機関受診等による適切な治療を行う必要があります。

＜成人における血圧値の分類（mmHg）＞

分類	収縮期		拡張期
至適血圧	＜120	かつ	＜80
正常血圧	120～129	または	80～84
正常高値血圧	130～139	または	85～90
Ⅰ度高血圧	140～159	または	90～99
Ⅱ度高血圧	160～179	または	100～109
Ⅲ度高血圧	≧180	または	≧110

【出典：高血圧治療ガイドライン 2014】

【図 35　脂質異常リスクに関するフローチャートデータ（平成 28 年度）】



【資料　特定健診データ分析結果】

脂質異常のリスクフローチャートでは、３疾患治療なし（血圧、脂質、血糖の服薬歴がないもの）のうち、LDL 分類 140 以上（受診勧奨レベル）にある要治療に該当する人の抽出を行っています。このうち、LDL 分類 180 以上である 141 人については、よりリスクが高い状態にあるため、医療機関受診等による適切な治療を行う必要があります。

【課題５】<u>生活習慣病の要治療の人の中で、未治療の人がいる</u>

健診結果で糖尿病、高血圧、脂質異常症の要治療と判定された人について、受診の有無やリスク度合いによって分析したところ、未治療や治療を中断している人が多く含まれていることがわかりました。

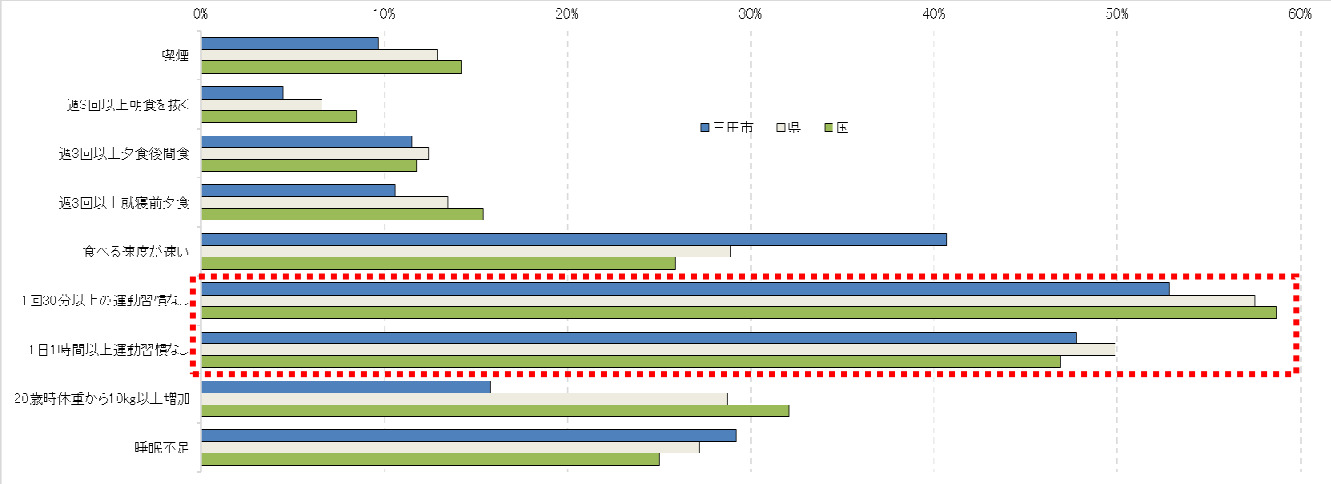
特に糖尿病は、放置により網膜症・腎症・神経障害などの合併症を引き起こします。糖尿病重症化の高いリスクをもつ未治療者に対し、腎不全、人工透析への移行等、重症化の予防のため、適切な受診勧奨を行い、治療に繋ぐことが重要です。

糖尿病は予防対策及びリスク者の特定が可能であることから、医療機関等との連携を行い、重症化を防ぐ体制づくりの強化を図っていくことが不可欠です。

(7) 生活習慣の分析と課題

平成 28 年度特定健診受診者の問診結果を県平均と比較したところ、「食べる速度が速い」と「睡眠不足」という回答が県平均を上回っています。また、「１回 30 分以上の運動習慣なし」が他の項目に比べて 50%以上と高く、「１日１時間以上運動なし」は国平均を上回っています。

【図 36　問診結果（一部抜粋）】



【資料　KDB システムデータ『地域の全体像の把握』】

2　特定保健指導の分析と課題

(1) 特定保健指導対象者

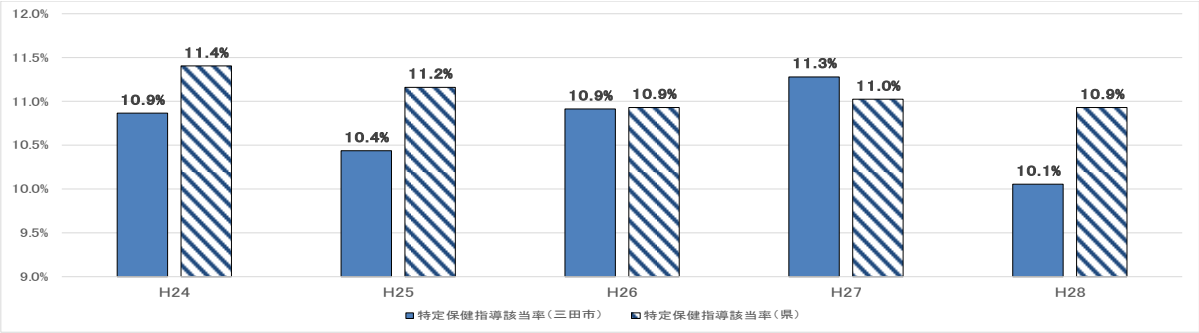
特定健診の受診者に占める特定保健指導の対象者の割合は、平成 25 年度までは減少傾向にありましたが、その後やや増加し、平成 28 年度は再び減少しています。該当率については、平成 27 年度を除くすべての年度で県平均を下回っています。（表 20、図 37 参照）

【表 20　特定健診受診者数と特定保健指導対象者数の推移】

年度	特定健診受診者数（人）	特定保健指導対象者数（人）	特定保健指導該当率	
			三田市	兵庫県
H24	4,575	497	10.9%	11.4%
H25	4,696	490	10.4%	11.2%
H26	4,811	525	10.9%	10.9%
H27	5,265	594	11.3%	11.0%
H28	5,073	510	10.1%	10.9%

【資料　特定健診・特定保健指導実施結果集計表（県集計）】

【図 37　特定保健指導該当率（特定健診受診者のうち特定保健指導の対象となる人の割合）】



【資料　特定健診・特定保健指導実施結果集計表（県集計）】

(2) 特定保健指導実施状況

ア　特定保健指導実施率の推移

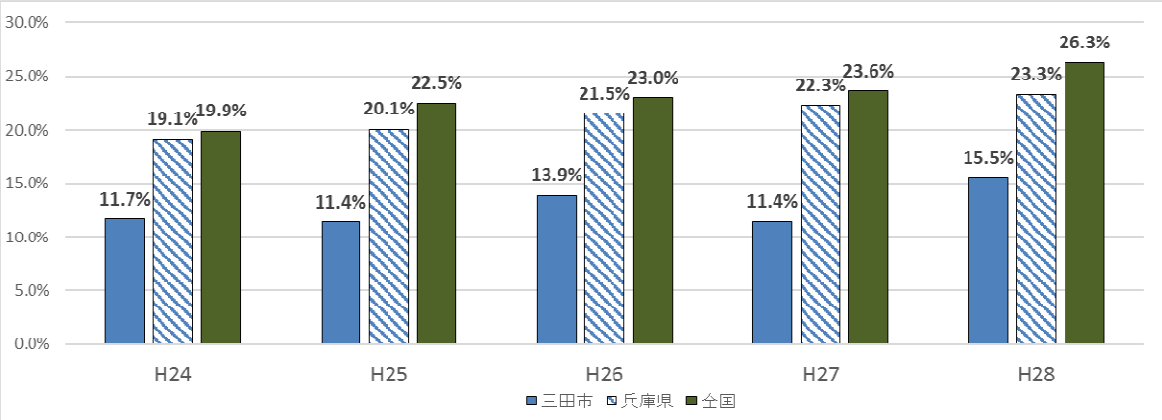
特定保健指導実施率は、平成 24 年度から平成 28 年度までのいずれの年も県平均を下回っていますが、平成 24 年度以降は緩やかに上昇しており、平成 28 年度は 15.5%まで上昇しています。(表 21、図 38 参照)

【表 21　特定保健指導終了者数、実施率】

年度	動機付け支援		積極的支援		保健指導実施率（完了まで）	
	対象者数	終了者数	対象者数	終了者数	三田市	兵庫県
H24	393	48	104	10	11.7%	19.1%
H25	369	49	121	7	11.4%	20.1%
H26	433	59	92	14	13.9%	21.5%
H27	483	61	111	7	11.4%	22.3%
H28	414	67	96	12	15.5%	23.3%

【資料　特定健診・特定保健指導実施結果集計表（県集計）】

【図 38　特定保健指導実施率】

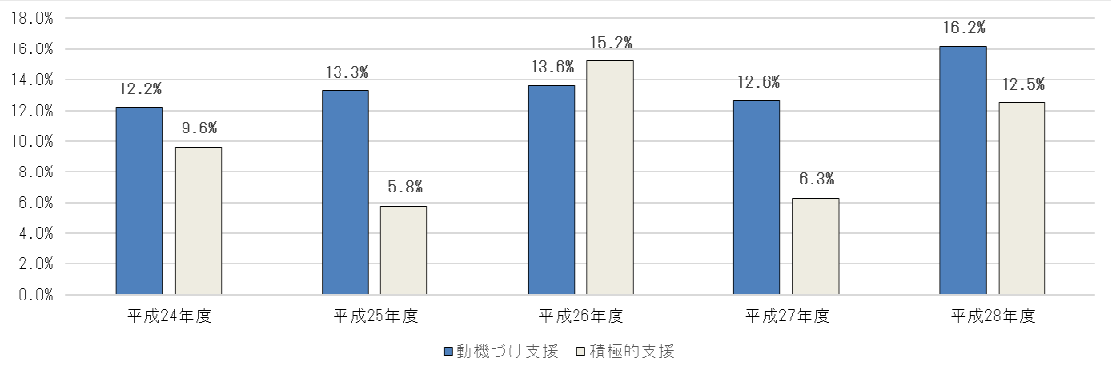


【資料　特定健診・特定保健指導実施結果集計表（県集計）】

イ　支援レベルごとの特定保健指導実施率

生活習慣病のリスクが高い人を対象とする「積極的支援」とリスクが比較的軽い人を対象とする「動機付け支援」を比較すると、平成 26 年度以外は「動機付け支援」の実施率が「積極的支援」の実施率よりも高くなっています。

【図 39　特定保健指導実施率（積極的支援、動機付け支援）】



【資料：特定健診・特定保健指導実施結果集計表（県集計）】

(3) 特定保健指導終了者の評価

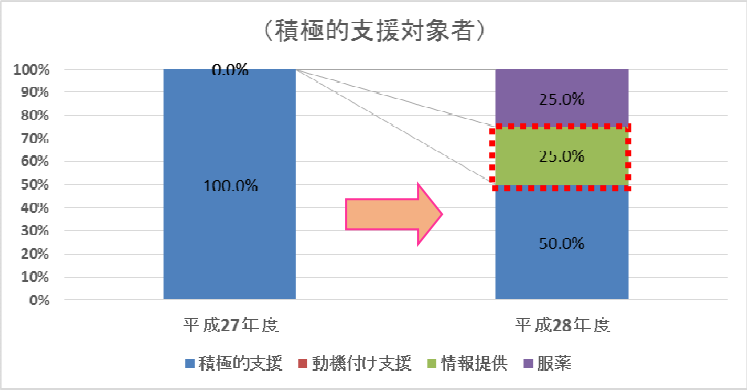
ア　特定保健指導の実施効果

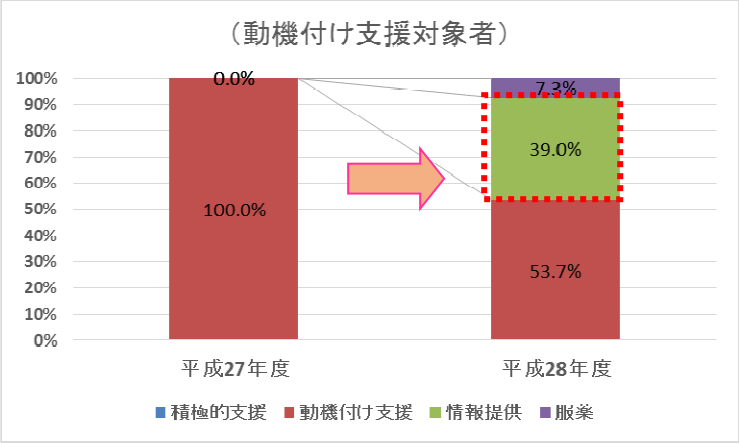
平成 27 年度に特定保健指導を実施した対象者について、平成 28 年度の特定健診の結果、保健指導レベルがどのように変化したのかを分析しました。

積極的支援を実施した人のうち、翌年度に改善し情報提供となった人が 25%、積極的支援のままだった人が 50%、服薬開始となった人が 25%となりました。

また、動機付け支援を実施した人のうち、翌年度に改善し情報提供となった人が 39%、動機付け支援のままだった人が 53.7%、服薬開始となった人が 7.3%でした。

【図 40　特定保健指導の実施効果】





※情報提供とは、動機付け支援や積極的支援等の保健指導に該当しない人で、自ら生活習慣を見直し改善するための情報提供を行うレベル（服薬を開始された人と改善した人とを区別しています）

※なお、上記データは、特定保健指導終了者のうち、翌年度特定健診を受診した人のみを対象としたものです。

【資料：特定健診受診データ】

イ　特定保健指導実施者の改善状況

平成 28 年度に特定保健指導を実施した人の６か月後の状況について分析しました。実施した人の変化を見ると、体重、腹囲、血圧全ての項目について、改善傾向が見られます。

【表 22　特定保健指導実施者の改善状況（平成 28 年度）】

	項目	平均値		
		初回	6か月後評価時	変化量
積極的支援（10名）	体重	73.47	71.58	−1.89
	腹囲	93.73	91.73	−2
	収縮期血圧	128	122.8	−5.2
	拡張期血圧	76.8	73.8	−3
	項目	平均値		
		初回	6か月後評価時	変化量
動機付け支援（31名）	体重	66.92	66.14	−0.78
	腹囲	91.35	89.55	−1.8
	収縮期血圧	132.06	124.83	−7.23
	拡張期血圧	74.38	72.16	−2.22
	項目	平均値		
		初回	6か月後評価時	変化量
全体（41名）	体重	68.52	67.5	−1.02
	腹囲	91.93	90.09	−1.84
	収縮期血圧	131.07	124.32	−6.75
	拡張期血圧	74.97	72.57	−2.4

【資料：特定保健指導支援経過記録票】

【課題６】特定保健指導の対象者のうち、特定保健指導を受ける人が少ない

特定保健指導実施率は上昇傾向ではあるものの、県平均を下回っている状況です。ただ、特定保健指導該当率は年々減少傾向にあり、また県と比較しても低くなっていることから、これまでの保健事業の一定の成果が得られているともいえます。

特定保健指導を実施した人の６か月後の変化から見ると、体重、腹囲、血圧全ての項目について、改善傾向が見られるなど効果が得られています。特定保健指導を受ける人が少ないことの原因としては、対象者が自ら生活習慣改善に取り組んでいる場合や、既に医療機関を受診している場合など様々なことが考えられますが、市が実施する特定保健指導の必要性や効果について理解できていないということも挙げられるため、今後更なる周知啓発に努める必要があります。

なお、特定健診の当日に特定保健指導の初回面談を実施するなど、対象者がより特定保健指導を利用しやすい環境を整備し、特定保健指導実施率の向上を目指していきます。

第６章 課題と今後の取り組み

１ 分析結果と健康課題の明確化

	主な課題となる現状
死亡・要介護状態の状況	・標準化死亡比では、男性の腎不全と女性の心疾患が国より高い。 ・死亡原因では、「がん」「心臓病」の割合が、国・県よりも高い。 ・介護保険の認定者数が年々増加傾向にある。 ・介護認定者の有病状況では、「糖尿病」が国・県よりも高い割合にある。
重症化の状況	・医療費の割合では、「精神」が 19.6%で、国・県よりも高い。 ・一人あたり月額医療費が、国・県よりも高い。 ・生活習慣病の医療費では、糖尿病が全体の 4 分の1を占めている。 ・生活習慣病上位6疾患を平成 26 年度と比較したところ糖尿病の医療費のみ増加している。 ・人工透析患者の生活習慣病罹患状況では、約 85%が高血圧症、約半数が、糖尿病、脂質異常症の治療をしている。
生活習慣病の状況	・生活習慣病医療費は、年齢とともに高くなっており、男性は腎不全、虚血性心疾患、脳血管疾患等重症化したものの割合が高く、女性は、脂質異常症の割合が高い。 ・生活習慣病患者と歯周病の関連を見たところ、約半数が歯周病に罹患していた。
生活習慣病予備群の状況	・特定健診受診率は、県平均程度である（平成 28 年度 34.6%・県平均 34.8%） ・特定健診電話勧奨の聞き取り結果から「申し込みしない」が約 4 割あり、「かかりつけ医で治療」と「治療中」で約6割となっている。 ・特定健診結果で基準値を超えた検査項目では、脂質（LDL）が、国・県よりも高く、特に血糖（HbA1c）が年々増加傾向にある。 ・特定保健指導実施率は、増加傾向にあるが、県平均よりも低い（平成 28 年度 15.5%・県平均 23.3%）
不適切な生活習慣の状況	・「食べる速度が速い人」と「睡眠不足」が国・県と比較して多い。 ・「運動習慣のない人」の割合も国・県と同様高い。

第５章までの分析結果に基づき、介入により疾病予防・重症化予防が可能な優先度の高い健康課題を下記のとおり定め、保健事業に取り組んでいきます。

課題１	**死因が「がん」による人の割合が高い**
課題２	**医療費が高い糖尿病など生活習慣病の人が多い**
課題３	**特定健診対象者のうち、健診を受診する人の割合が少ない**
課題４	**健診結果から、糖尿病及び脂質異常の有所見者が多い**
課題５	**生活習慣病要治療の人の中で、未治療の人がいる**
課題６	**特定保健指導の対象者のうち、特定保健指導を受ける人が少ない**

２　目的・課題及び対策

目的

・被保険者一人ひとりが、自分の健康状態を正しく理解し、自主的に健康増進に取り組むことで、生涯にわたり生活の質を維持・向上できる。
・生活習慣病重症化リスクの高い被保険者が適切な医療を受けることで、生活の質の向上と重症化予防につなげるとともに、医療費の適正化を進める。

課題

優先度高

- 特定健診対象者のうち、健診を受診する人の割合が少ない 課題３
- 特定保健指導の対象者のうち、特定保健指導を受ける人が少ない 課題６
- 医療費が高い糖尿病など生活習慣病の人が多い 課題２
- 健診結果から、糖尿病及び脂質異常の有所見者が多い 課題４
- 生活習慣病要治療の人の中で、未治療の人がいる 課題５
- 死因が「がん」による人の割合が高い 課題１

対策

●特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に向けた取組み
・受診勧奨はがきの送付
・特定保健指導初回面接の実施【新】
・特定保健指導電話勧奨の実施
・総合（健康）マイレージとの連携【新】

●重症化予防に向けた取組み
・糖尿病性腎症重症化予防事業の実施【新】
・生活習慣病重症化予防対策事業の実施

●生活習慣病の予防知識の普及啓発
・健康教室等の実施
・健康推進員による健康づくり事業等の実施【新】
・広報紙等による啓発強化

●医療費適正化に向けた取組み
・ジェネリック医薬品利用差額通知はがきの送付

●「がん」対策事業の強化
・特定健診とがん検診の同時受診促進等、受診率向上に向けた取組みの実施【新】

３　今後の保健事業の実施内容・目標・評価指標

	対象課題 【区分】	事業名	事業の目的・概要
①	課題３	特定健診未受診者対策	特定健診を無料実施し、受診券と同時に特定健診受診方法等を掲載した分かりやすいリーフレットを送付する。 未受診者に対して受診勧奨通知を送付する。 特に若年層の受診促進につながるような内容を検討する。 （総合マイレージ事業との連携等）
②	課題３	特定健診未受診者対策 【地区別】	居住する地区から受診しやすい集団健診の勧奨や、地区別の医療機関情報を記載した案内の送付等を行うことで、特に受診率の低い地区の受診率向上を図る。
③	課題３	特定健診未受診者対策 【人間ドック】	特定健診対象者の人間ドック受診費用を助成することで、健康意識の更なる向上と健診受診率向上を目指す。
④	課題６ 【新規】	特定保健指導実施率向上対策 【初回面接分割実施】	特定健診受診者のうち健診当日に特定保健指導該当となる見込みのある者に対し初回面談を実施する。
⑤	課題６	特定保健指導実施率向上対策 【電話勧奨】	電話による特定保健指導の利用勧奨を行う。
⑥	課題２，５ 【新規】	糖尿病性腎症重症化予防事業	平成 29 年度に兵庫県と医師会で締結された連携協定に基づく糖尿病性腎症重症化予防プログラムをもとに、糖尿病の重症化リスクの高い者に対して、個別に医療機関への受診勧奨等を行う。
⑦	課題２，５	生活習慣病重症化予防事業	高血圧、脂質異常症のハイリスク者に対して、郵送・電話等による受診勧奨を行う。
⑧	課題２，３，４	生活習慣病予防知識の普及啓発事業	生活習慣病予防に関する健康教育を実施する。 ①保健師による生活習慣改善に向けた健康講話 ②管理栄養士による望ましい食習慣の普及啓発のための栄養講話
⑨	課題３、４ 【新規】	ポピュレーションアプローチとしての健康推進員活動	市内 16 地区のうちモデル地区を設定し、その地区の健康推進員による特定健診受診勧奨及び生活習慣改善を図るための各種健康づくり事業を開催する。
⑩	課題１，２，３，４，５，６	市ホームページなどによる広報	ホームページなどに、医療費や健診データの分析結果等を掲載し、健診受診の重要性、生活習慣改善の必要性等を啓発する。
⑪	課題２	ジェネリック医薬品利用差額通知事業	後発医薬品使用率の向上を目指し、後発医薬品が存在する先発医薬品使用者のうち、切り替えにより医療費が安くなる人に通知を行う。
⑫	課題１ 【新規】	がん検診	特定健診とがん検診の同時受診が実施できる体制を継続する。 特定健診受診勧奨時にがん検診の受診勧奨を行う。 各種団体等と連携した啓発イベントを開催する。

対象者	アウトプット（実施内容）		アウトカム（事業の成果）		
	指標	目標値	指標	目標値	
特定健診の未受診者	●未受診者への勧奨案内の通知率	100%	●特定健診受診率（法定報告値）	60%	①
特定健診の未受診者	●受診率が 30%に満たない地区（三田・小野・高平・本庄地区）における未受診者への勧奨案内の通知率	100%	●受診率が 30%に満たない地区における特定健診受診率	30%	②
特定健診対象者のうち人間ドック助成申請者	●助成実施件数	増加	●特定健診受診率（法定報告値）	60%	③
特定健診受診者のうち特定保健指導に該当した者	●対象者のうち初回面談につながった者の割合	100%	●特定保健指導実施率（法定報告値）	60%	④
特定健診受診者のうち特定保健指導対象者	●電話勧奨実施率	100%	●特定保健指導実施率（法定報告値）	60%	⑤
HbA1c6.5 以上で未治療の者等	●対象者への通知及び電話実施率	100%	●対象者の医療機関受診割合 ●対象者の次年度の健診結果改善率	100%	⑥
高血圧・脂質異常症の未治療者	●対象者への通知及び電話実施率	100%	●対象者の医療機関受診割合 ●対象者の次年度の健診結果改善率	100%	⑦
一般市民	●出前講座を必要とする団体等に対する実施率	100%	●特定健診受診率（法定報告値）	60%	⑧
一般市民	●モデル地区における健診受診勧奨事業実施率	100%	●モデル地区における特定健診受診率	増加	⑨
一般市民	●ホームページ閲覧数 ●市民からの問い合わせ内容	増加	●特定健診受診率（法定報告値）	60%	⑩
後発医薬品が存在する先発医薬品使用者のうち切り替えにより医療費が安くなる人	●通知実施率	100%	●後発医薬品使用率	80%	⑪
一般市民	●国保被保険者へのがん検診受診勧奨率	100%	●国保被保険者のがん検診受診率	40%（胃がん･肺がん･大腸がん） 50%（乳がん･子宮頸がん）	⑫

第７章 第３期特定健康診査等実施計画

１ 計画策定にあたって

(1) 計画策定の趣旨

平成 20 年４月に施行された「高齢者の医療の確保に関する法律」（以下「高齢者医療確保法」という。）により、メタボリックシンドロームに着目した、生活習慣病予防のための特定健康診査及び特定保健指導を医療保険者が実施することとなっており、三田市においては、三田市国民健康保険特定健診等実施計画（第１期計画）を平成 20 年３月に、第２期計画を平成 25 年３月に策定し、取り組みを進めてきました。

本計画は、第２期特定健康診査等実施計画（平成 25 年～平成 29 年度）の計画期間が満了することに伴い、第２期データヘルス計画の策定に合わせて一体的に取組みを進めていくための第３期計画を策定するものです。

(2) メタボリックシンドロームに着目する意義

メタボリックシンドロームとは、内臓脂肪型肥満に起因する、高血糖、脂質異常、高血圧のそれぞれのリスク因子が重複した場合に、狭心症や心筋梗塞等の虚血性心疾患、脳出血や脳梗塞等の脳血管疾患等の発症率が高くなる状態のことをいいます。これらのリスク因子は、生活習慣の見直しにより減少させることができます。また、発症してしまった場合も、血糖や血圧等をコントロールすることにより、重症化を防ぐことが可能です。

メタボリックシンドロームの判定基準

内臓脂肪の蓄積に加えて、追加項目の３つのうち２つ以上該当する場合をメタボリックシンドローム該当者、１つ該当する場合を予備群という。

必須項目	内臓脂肪の蓄積	腹囲　男性 85 cm以上 女性 90 cm以上
追加項目	1．高血糖	空腹時血糖 110 mg/dl 以上
	2．脂質異常	中性脂肪 150 mg/dl 以上　又は HDL コレステロール 40mg/dl 未満
	3．高血圧	収縮期血圧 130mmHg 以上　又は 拡張期血圧 85mmHg 以上

※なお、糖尿病、脂質異常症、高血圧に対する薬剤治療を受けている場合は、それぞれの項目に含める。

(3) 特定健診・特定保健指導の考え方

糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高まります。このため、若いうちからメタボリックシンドロームの概念を踏まえ適度な運動やバランスのとれた食事の定着などの生活習慣の改善を行い、糖尿病等の発症リスクを減らしていくことが必要になります。

特定健診は、このような糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的とし、メタボリックシンドロームに着目して生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする人を的確に抽出するために実施します。

特定保健指導は、対象者が自らの生活習慣を振り返り、課題を認識して行動変容するとともに、自らの健康を自己管理し健康的な生活を維持することを通し、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的として実施します。

2 特定健診等の実施に係る目標値の設定と対象者数の推移

(1) 目標の設定

特定健診等の受診率等の目標設定に当たっては、国保被保険者の人口構成(推計)、疾病治療等の特徴、これまでの特定健診の受診状況（平成 28 年度受診率 34.6%）等を踏まえ、平成 35 年度までの目標値を国の基本方針における特定健診受診率を 60%、特定保健指導実施率 60%の目標を達成するよう年次計画を立てます。

【三田市国民健康保険被保険者の推計】

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	平成 33 年度	平成 34 年度	平成 35 年度
被保険者数（推計）	20,934 人	21,248 人	21,561 人	21,538 人	21,513 人	21,488 人
特定健診対象者数（推計）	16,280 人	16,643 人	17,005 人	17,041 人	17,075 人	17,108 人

※被保険者数は、第 4 次三田市総合計画（後期）の年齢階層別人口推計に、平成 29 年度当初の年齢階層別国保加入率を乗じた人数

(2) 特定健診及び特定保健指導の目標値

ア　特定健診受診率

平成 30 年度から平成 35 年度までの受診率の目標値を下表のとおり設定します。

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	平成 33 年度	平成 34 年度	平成 35 年度
受診率（目標値）	**３８%**	**４０%**	**４５%**	**５０%**	**５５%**	**６０%**
受診予定者数（推計）	6,186 人	6,657 人	7,652 人	8,521 人	9,391 人	10,265 人

※受診予定者数は、特定健診対象者数(推計)に目標受診率を乗じた人数

イ　特定保健指導実施率

平成 30 年度から平成 35 年度までの実施率の目標値を下表のとおり設定します。

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	平成 33 年度	平成 34 年度	平成 35 年度
実施率（目標値）	**２０%**	**２５%**	**３０%**	**４０%**	**５０%**	**６０%**
対象者数（推計）	622 人	669 人	769 人	856 人	944 人	1,032 人
実施予定者数（推計）	124 人	201 人	308 人	428 人	519 人	619 人

※対象者数は、平成 28 年度の特定健診受診者に対し、特定保健指導となった割合（10.05%）を、特定健診受診予定数に乗じた人数

３　特定健診・特定保健指導の実施方法

(1) 特定健診の実施

特定健診の実施は、原則として「標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）」（平成 30 年厚生労働省健康局）及び「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第 3 版）」（平成 30 年厚生労働局保険局）に記載されている内容に基づき、下記のとおり実施します。

ア　対象者

実施年度中に 40 歳から 74 歳となる人のうち、当該実施年度の４月１日における加入者で、かつ１年間を通じて加入している人（年度途中での加入・脱退等、異動のない人）

※　毎年４月１日現在で対象者名簿を作成します。年度途中の資格喪失者は、その年度については対象外となります。ただし、年度途中加入者については、申し出により受診することは可能です。

※　妊産婦・長期入院者など、厚生労働大臣が定める者（平成 20 年厚生労働省告示第３号で規定）は、対象から除きます。

イ　実施期間

特定健診実施年度の５月から翌２月末までを実施期間とし、一年度内に１回の受診とします。

○　集団健診　市が指定する日

○　個別健診　５月～翌年２月末日

ウ　実施場所

○　集団健診　三田市総合福祉保健センター及び市内公共施設

○　個別健診　三田市医師会　委託医療機関

エ　案内・周知方法

①　受診券の発行

対象者へ個別に「特定健診受診券」と案内リーフレット等を送付します。併せて特定健診の案内と実施機関及び集団健診予定表等を送付します。

②　健診の受診勧奨

特定健診の未受診者に対して、個別に特定健診の案内を送付する等効果的な受診勧奨を行います。受診率向上のために、必要に応じて広報・ホームページなどにより周知を図ります。

オ　受診方法

○　集団健診　市に事前予約　（必須）

○　個別健診　実施医療機関に事前予約（原則）

※　受診には「特定健診受診券」「国民健康保険被保険者証」が必要です（ない場合は健診を受けることができません）。また、詳細な健診の円滑な実施のために、「前年度の健診結果」の持参を勧めています。

カ　健診項目

実施項目は、原則として「標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）」（平成

30 年厚生労働省健康局）及び「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第 3 版）」（平成 30 年厚生労働局保険局）に記載されている健診項目とします。（表参照）

【特定健診実施項目】　※印は、三田市国保独自の追加項目

基本的な健診項目 （全ての受診者が受ける項目）	
質問（問診）	食事・運動習慣、服薬歴、喫煙歴　など
身体計測	身長、体重、BMI（体格指数）、腹囲（内臓脂肪面積）
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査（身体診察）
血圧測定	収縮期血圧、拡張期血圧
血中脂質検査	中性脂肪、HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ、LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ （中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、LDLコレステロールに代えて、Non-HDLコレステロールの測定でも可とする）
血糖検査	空腹時血糖又は※ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝA1ｃ （やむを得ない場合には随時血糖値）
肝機能検査	AST（GOT）、ALT（GPT）、γ－GT（γ－GTP）
尿検査	尿糖、尿蛋白
※腎機能検査	※血清クレアチニン（eGFR）
※尿酸	※血清尿酸
詳細な健診の項目 （医師の判断に基づき選択的に実施する項目）	
項目	実施できる条件（判断基準）
心電図検査 （12誘導心電図）	当該年度の特定健診の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上もしくは拡張期血圧90mmHg又は問診等で不整脈が疑われる者
眼底検査	当該年度の特定健診の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 （ただし、当該年度の血圧の基準に該当せず、かつ当該年度の血糖検査の結果を確認することができない場合においては、前年度の特定健診の結果等において血糖検査の結果が基準に該当した者も含む） 血圧：収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上 血糖：空腹時血糖が126mg/dl以上、HbA1c6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上
貧血検査	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者
血清クレアチニン検査 （eGFR）	当該年度の健診結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者　※三田市国保独自項目のため全ての受診者に実施 血圧：収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上 血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上、HbA1c5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上

なお、三田市国保では、ヘモグロビン A1c・血清クレアチニン（eGFR）・血清尿酸を追加項目として全ての受診者に対して実施します。血清クレアチニン（eGFR）は、詳細な健診項目となっていますが、腎機能低下の早期発見に繋がるものであるため、全ての受診者に実施することとします。

キ　受診結果

健診の結果は、共通のデータ基準により判定し、本人にお知らせします。「メタボリッ

クシンドローム判定」の欄に、該当者・予備群・非該当者・判定不能のいずれかを明示し、医療機関を受診する必要がある場合はその旨を記入します。

○ 集団健診 本人に郵送で通知します（受診日より約３週間後）。

○ 個別健診 原則として、医療機関で医師より説明します。

ク　情報提供

受診結果の返却時に、受診者全員に対して、個人の状態に合わせて、結果の見方や健康の保持増進及び生活習慣の改善に役立つ内容の情報を提供します。受診者自身が、健診結果から健康状態を把握し、健康な生活を送るための生活習慣の見直しや改善のきっかけとします。

ケ　特定健診以外の健診等を受けた場合の取扱い

特定健診受診券、広報、市ホームページ等で、受診者と事業所等に周知し、健診結果の提出を依頼します。健診結果の写し等が提供され、その結果を市で登録することにより、必要に応じて保健指導の案内が届くなど、健診結果を活用することができます。

① 三田市国民健康保険人間ドック助成事業

受診結果の使用承諾を得ているため、特定健診を受診したものとみなします。

② その他の健診

事業主健診等他の法令に基づく健診の結果を三田市に提出し、特定健診実施項目として登録することが可能であれば、特定健診を受診したものとみなされ、特定健診を受診する必要はありません。

(2) 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施は、原則として「標準的な健診・保健指導プログラム(平成 30 年度版)」（平成 30 年厚生労働省健康局）及び「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第 3 版)」（平成 30 年厚生労働局保険局）に記載されている内容に基づき、下記のとおり実施します。

ア　対象者

特定健診の結果、腹囲・血糖・脂質・血圧の検査値が一定の基準を超えた者に対して、メタボリックシンドローム予防のための特定保健指導を実施します。下図のとおり、リスク（危険因子）の数と年齢により、「動機付け支援」と「積極的支援」に階層化を行い、効果的な事業実施を目指します。

<table>
<tr><th rowspan="2">腹囲及び BMI</th><th colspan="2">追加リスク</th><th rowspan="2">④喫煙歴</th><th colspan="2">対象</th></tr>
<tr><th>①血糖　②脂質　③血圧</th><th>40～64 歳</th><th>65～74 歳</th></tr>
<tr><td rowspan="3">腹囲
85 cm以上（男性）
90 cm以上（女性）</td><td>2 つ以上該当</td><td></td><td rowspan="2">積極的
支援</td><td rowspan="3">動機付け
支援</td></tr>
<tr><td rowspan="2">1 つ該当</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>なし</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">上記腹囲以外で
BMI25 以上</td><td>3 つ該当</td><td></td><td rowspan="2">積極的
支援</td><td rowspan="4">動機付け
支援</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2 つ該当</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>なし</td><td></td></tr>
<tr><td>1 つ該当</td><td></td><td></td></tr>
</table>

①　血糖高値（空腹時血糖が100ｍｇ/dl 以上、又はヘモグロビンA1c5.6%（NGSP値）以上
②　脂質異常（中性脂肪150 mg/dl 以上、又はHDLコレステロール40mg/dl 未満）
③　血圧高値（収縮期130mmHg 以上、又は拡張期85mmHg 以上）
※①～③の者のうち、すでに服薬による治療を受けている者は医療機関において継続的な医学的管理の一環として保健指導が行われることが適当であるため、特定保健指導の対象としない。

イ　実施内容

①　動機付け支援

個別又は集団による初回面接を行い、特定健診の結果並びに本人の生活習慣を踏まえた支援および行動計画を作成し、初回面接から６か月以上経過後に計画の達成度、身体状況や生活習慣に変化が見られたか評価を行います。

②　積極的支援

動機付け支援に加え、よりきめ細やかな支援を行います。具体的には、初回面接の後に３か月以上の継続的な支援を行い、初回面接から６か月以上経過後に計画の達成度、身体状況や生活習慣に変化が見られたか評価を行います。

ウ　案内・周知方法

○集団健診受診者　健診実施機関から健診結果票と併せて特定保健指導の案内等を送付
○個別健診受診者　健診実施医療機関にて結果説明と同時に特定保健指導対象者である旨を説明

※集団健診・個別健診受診者ともに、特定保健指導の申し込みがない人には、市より特定保健指導の利用勧奨の案内送付や電話勧奨を行います。また、実施率向上のために、必要に応じて広報・ホームページなどにより周知を図ります。

エ　実施場所

三田市総合福祉保健センター及び市内公共施設等
三田市医師会　委託医療機関

オ　利用方法

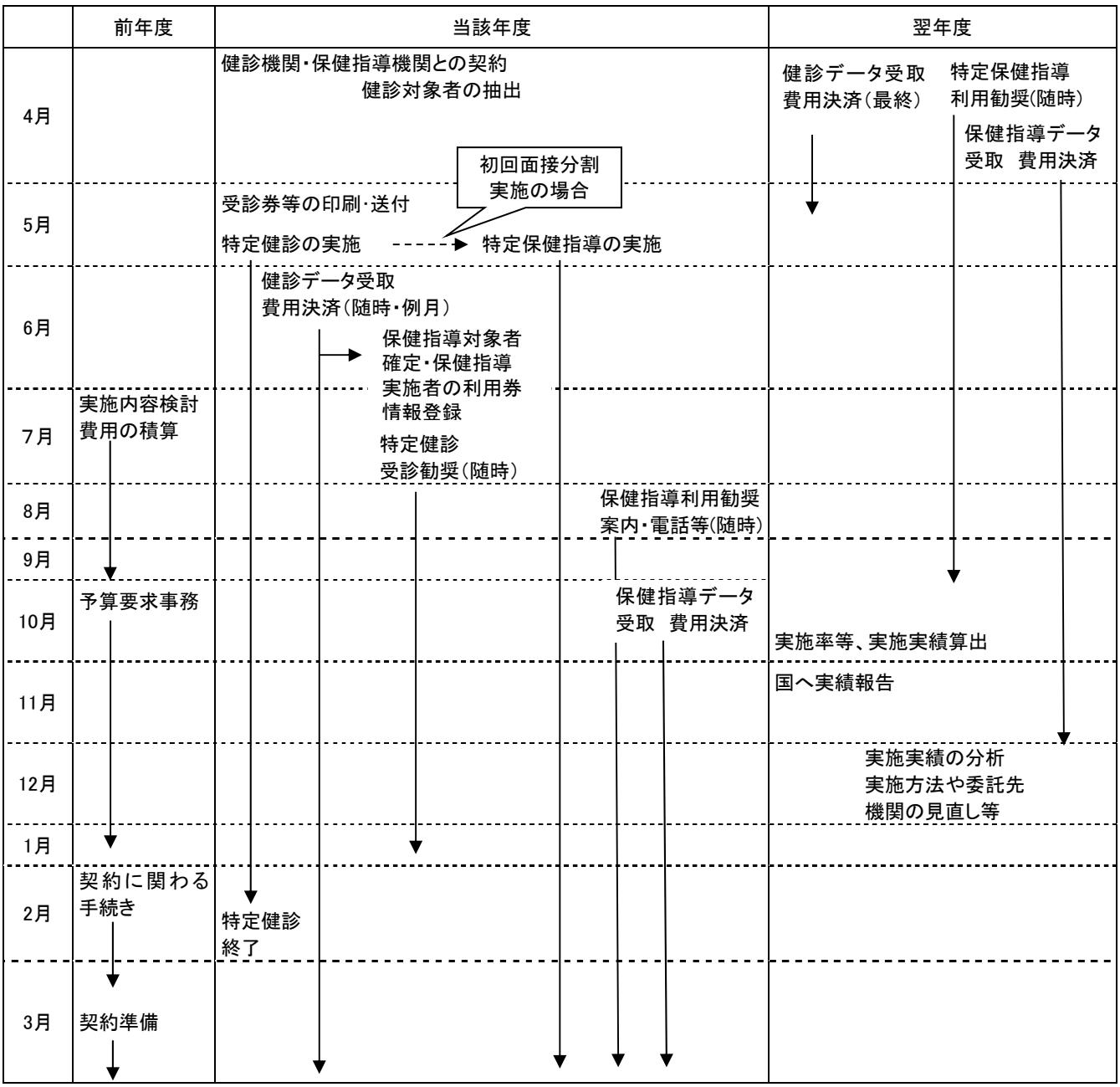
原則として、特定保健指導の本人負担は無料とします。
対象者は、電話等にて申し込み、指定された日時・場所で利用します。
※健診当日に特定保健指導の初回面接が実施できる場合は、特定健診受診時に特定保健指導実施者が直接対象者に指導を行います。

カ　特定保健指導の対象の重点化

特定保健指導を効果的・効率的に実施するためには、予防効果がより多く期待できる対象者等を選定し、優先的に実施する必要があります。

三田市では、年齢が比較的若い対象者や健診結果が前年度と比較して悪化し、より綿密な保健指導が必要となった対象者等、「標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年度版）」に記載されている対象者の中から介入対象を見極め、重点的に保健指導を実施します。

(3) 特定健診等年間スケジュール



4　特定健診・特定保健指導の記録の取り扱い

(1) 特定健診・特定保健指導の記録の形式

「標準的な健診・保健指導プログラム(平成 30 年度版)」(平成 30 年厚生労働省健康局)に示された電子的標準形式により、電子データでの効率的な保存及び受け渡しを原則とします。ただし、必要に応じて文書データでの保存及び受け渡しも実施します。

(2) 特定健診・特定保健指導の記録の管理・保存期間

ア　記録の管理に係る外部委託

「兵庫県国民健康保険団体連合会」に委託します。

イ　管理方法

「兵庫県国民健康保険団体連合会」で記録を管理・保存し、保険者はそれを閲覧、使用するものとします。ただし、必要に応じて保険者で記録の複製を電子媒体で保管します。

ウ　セキュリティの確保

「兵庫県国民健康保険団体連合会保険者専用ネットワーク」を利用し、保険者ネットワーク情報セキュリティポリシーに基づき、セキュリティ対策の充実と安全かつ安定したネットワーク運用を行います。

また、保険者側では、パスワード等により権限ある者のみが閲覧できるように制限をかけます。

エ　保存期間

記録の保存期間は、記録作成の日の属する年度の翌年度から５年間とします。また、他の医療保険者に異動し、三田市国保の資格を喪失した者については、異動年度の翌年度末までを保管期間とします。

５　業務の外部委託に対する考え方

(1)　外部委託を推進することにより、利用者の利便性に配慮した健診及び保健指導を実施するなど、対象者のニーズを踏まえた対応を可能とします。また、保健指導に必要な専門職の人材を確保し、効率的かつ質の高い保健指導を実現します。

(2)　高齢者医療確保法第 28 条及び「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」（厚生労働大臣告示）第 16 条第１項に基づき、委託事業者の選定・評価を行い、実施機関の質を確保します。

(3)　健診の実施機関ごとに、測定値及びその判定が異ならないよう、外部委託先に対して「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」における精度管理に関する事項に準拠した精度管理を求めます。

第８章 計画の進行管理等

１ 計画の見直し

計画の中間年度（平成32年度）に、達成状況を評価、改善策を検討し、計画の修正を行います。また、計画の最終年度（平成35年度）に、目標達成について評価を実施します。なお、各事業の実施手法等を変更する必要が生じた場合は、その都度計画の見直しを行います。

計画の策定、評価に際しては、「兵庫県国民健康保険国保連合会保健事業支援・評価委員会」による助言や評価を受けるものとします。

２ 計画の公表

市ホームページにて公表します。

３ その他

(1) 事業運営上の留意事項

ア　特定健康診査実施機関等の関係機関と連携を図り計画の円滑な推進を目指すものとします。

イ　国保医療課、健康増進課等の関係各課が計画について共通理解し、事業効果について検討する場を設けることとします。

(2) 個人情報の保護

ア　本計画に関係する個人情報は、「個人情報保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号)」及び「三田市個人情報保護条例（平成 12 年３月 31 日条例第 5 号)」に基づいて、細心の注意を払い適切に取り扱います。

イ　事業を外部委託する場合は、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理します。

ウ　本計画における健診データ等の記録については、本市国保が管理するシステムで磁気的に記録・保管します。また、記録の保存義務期間は、記録作成の日から原則５年間とします。

エ　特定健診を実施する医療機関等については、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守するものとします。

＊用語解説

	用　語	説　明
あ行	AST（GOT）	肝臓、心筋、骨格筋に多く含まれる酵素。心臓や肝臓に障害（壊死、炎症など）があると、血液中に流れ出すため、値が上昇する。
	ALT(GPT)	主に肝細胞に含まれている酵素。肝細胞の破壊が強いと血液中の値が上昇する。
	HDL コレステロール	善玉コレステロールのこと。血管壁の細胞などの末梢の細胞から余分なコレステロールを肝臓に運び戻す働きをして動脈硬化を防ぐが、喫煙、肥満、運動不足で低下する。
	LDL コレステロール	悪玉コレステロールのこと。コレステロールを肝臓から全身の細胞に運ぶ役割があるが、多すぎると血管壁にコレステロールが溜まって動脈硬化を促進させ心筋梗塞などの虚血性心疾患を起こしやすくなる。
か行	拡張期血圧	心臓が拡張し、血液が心臓に入り込んでくる状態。血圧が最も低くなるため最低血圧とも呼ばれる。
	眼底検査	眼底の血管は、直接見ることができる唯一の血管で、動脈硬化、糖尿病などによる血管の病変を診断することができる。
	γ-GT（γ-GTP）	肝臓の解毒作用に関連する酵素で、特に飲酒に反応する。高値は脂肪肝や飲酒、薬剤による肝障害・胆道の疾患が疑われる。
	虚血性心疾患	心臓の筋肉に血液を送る動脈（冠状動脈）が狭くなったり、塞がったりして、心筋が酸素不足に陥る状態のこと。狭心症や心筋梗塞などがある。
	KDB（国保データベース）システム	国民健康保険団体連合会が保険者の委託を受けて行う各種の審査支払業務及び保険者事務共同電算業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療」「介護保険」等に係る情報を利活用し、統計情報等を保険者向けに提供するシステムのこと。
	血清クレアチニン	クレアチニンとは血中の老廃物のひとつ。通常であれば腎臓でろ過され、ほとんどが尿中に排出される。しかし、腎機能が低下していると、尿中に排出されずに血液中に蓄積される。
	血清尿酸	血中に含まれる尿酸の濃度。尿酸はプリン体が分解されてできる老廃物で、腎臓から尿に排泄される。尿酸値は高尿酸血症の診断基準の一つとなる。
	高血圧症	心臓から送り出される血液の圧力が高く、血管に負担がかかっている状態。
さ行	脂質異常症	血液の脂質（コレステロールや中性脂肪）が必要量より多すぎたり少なすぎたりする状態のこと。多すぎる状態が続くと、動脈硬化を引き起こし､心筋梗塞や脳梗塞などの病気につながる。
	収縮期血圧	心臓が収縮し、血液が心臓から血管に送り出される状態。血圧が最も高くなることから、最高血圧とも呼ばれる。
	心電図検査	心臓に異常がないか調べる検査。心収縮のリズム不整や心筋虚血、電解質異常がわかる。
	ジェネリック医薬品（後発医薬品）	先に開発された「新薬」の特許期間が切れた後、新薬と同じ有効成分を配合して製造される医薬品で、厚生労働省から承認されている。一般的に新薬と比べて安価なため自己負担を少なくすることができる。
	人工透析	腎臓の動きが悪くなると、血液のろ過が十分に行えず、水分や老廃物のコントロールができなくなる、そのため人工的に血液の浄化を行う治療のこと。
	生活習慣病	糖尿病、高血圧症、脂質異常症、がんなどの病気のように、食事や運動、ストレスなどの生活習慣が原因となる病気をいう。

た行	中性脂肪	皮下や肝臓に貯蔵され、必要に応じて血液中に送り出されエネルギーになる。高値になると LDL コレステロールを上昇させ、動脈硬化の原因になる。取りすぎると肥満や脂肪肝を引き起こす。
	糖尿病	インスリンというホルモンの作用が低下することで、血液中のブドウ糖が慢性的に高くなる病気。
	糖尿病性腎症	糖尿病が原因で細小血管がダメージを受け、老廃物をろ過できなくなる。進行すると人工透析が必要となる。
な行	尿蛋白	通常血液中に含まれている蛋白は腎臓で再吸収されるため尿中にはほとんど出ないが、蛋白が尿中に出てくる場合は腎臓や尿路系に障害があると考えられる。
	尿糖	血液中のブドウ糖が尿中にもれ出てきたもの。血液中の血糖は腎臓で再吸収されるが、血糖値が高くなり腎臓の処理能力を超えると尿中に糖が排泄され、尿糖は陽性になる。
	脳血管疾患	脳の血管が詰まったり、破れたりして起こる脳の病気の総称。くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、脳卒中などがある。
	Non-HDL コレステロール	動脈硬化のリスクを総合的に管理できる指標。TC（コレステロール）から HDL コレステロールを引いた式で表される。
は行	PDCA サイクル	Plan（計画）⇒Do（実施）⇒Check（評価）⇒Action（改善）を繰り返し、効率的に事業を改善するサイクルのこと
	BMI（体格指数）	計算式は、体重（kg）÷身長（m）×身長（m） 18.5 未満はやせ、18.5～25 未満はふつう、25 以上は肥満と判定する。
	HbA1c（ヘモグロビン・エー・ワン・シー）	血液中の赤血球にあるヘモグロビンにブドウ糖が結合したもの。過去 1～3 か月の血液の状態を知る検査で、数値が高くなると、糖尿病やその他の合併症の危険性が高まる。 特定健診においては、平成 24 年度まで日本で従来使用されていた JDS 値で表記することとされていたが、平成 25 年度からは海外で標準的に使用されている NGSP 値(1.02×JDS 値＋0.25 で算出され、JDS におよそ 0.4 を加えた値）で表記することとされたことにより、本計画では平成 24 年度の値についても NGSP 値にて表記している。
	ポピュレーションアプローチ	病気の有無にかかわらず、全市民に対して広く健康に関する情報提供や啓発を行うこと。
ま行	慢性腎臓病（CKD）	腎臓の働き（GFR）が健康な人の 60%以下に低下する（GFR が 60ml/分/1.73 未満）か、あるいは尿蛋白が出るといった腎臓の異常が続く状態のこと。
ら行	レセプト	診療報酬明細書のこと。患者が受けた診療や調剤などについて、医療機関が保険者に医療報酬を請求するときに必要な明細書のことをいう。レセプトには、患者名や診断名（病名）、診療報酬点数（診療や検査など報酬内容）、療養の給付、食事療養、生活療養などの情報がある。

三田市国民健康保険
第２期保健事業実施計画（データヘルス計画）
第３期特定健康診査等実施計画

平成３０年３月発行

編集　三田市健康福祉部保健推進室国保医療課
健康増進課

〒669-1595　三田市三輪２丁目１番１号
TEL　079-559-5049
FAX　079-559-2636
E-mail kokuho_u@city.sanda.lg.jp

発行　三田市健康福祉部保健推進室国保医療課