

府中市国民健康保険保健事業実施計画
(第2期)

～特定健康診査等実施計画[第4期]

- ・データヘルス計画[第3期]～
(案)

令和5年11月
府中市

－目次－

第 1 章 計画の基本的事項	1
1 計画策定の背景	1
2 計画の目的	2
3 計画の期間	3
4 計画の評価及び見直し	3
5 その他の事項	4
第 2 章 府中市の基本情報	5
1 人口の推移	5
2 被保険者の構成	6
3 平均寿命・健康寿命	7
4 介護保険の状況	9
5 死因の状況	11
第 3 章 医療費の状況	12
1 医療費の推移	12
2 医療費上位の疾病	14
3 生活習慣病の有病率	17
4 生活習慣病による医療機関の受診状況	18
5 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及状況	19
第 4 章 保健事業の取組	21
I 特定健康診査	21
1 特定健康診査受診率	21
2 被保険者の健診受診行動の状況	23
3 特定健康診査受診率向上及び未受診者対策事業の実施状況	24
4 メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況	26
5 特定健康診査受診者の有所見者（所見ありの者）の状況	28

II 特定保健指導	29
1 特定保健指導実施率	29
2 特定保健指導による効果	31
III その他の保健事業	34
1 糖尿病性腎症重症化予防事業	34
2 健診異常値放置者受診勧奨事業	36
第5章 府中市国民健康保険における保健事業の課題と対策	37
1 重点課題・対策	38
2 その他の課題・対策（実施候補事業）	40
第6章 第4期特定健康診査等実施計画	43
I 目標	43
II 対象者数等推計	43
III 実施方法	44
1 特定健康診査	44
2 特定保健指導	46

※ 本計画内に示されている図表の作成につき、出典元が明記されていないものについては市独自で作成した数値に基づいたものとなります。
出典元として「国保データベース（KDB）システム」及び「東京都国民健康保険団体連合会外付けシステム」とあるものは、次のとおりです。

国保データベース（KDB）システム

国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種制度の診査支払業務及び保険者事務協働電算業務等を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「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情報提供するとともに、保険者からの委託を受けて「個人の健康に関するデータ」を作成し提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたもの。

東京都国民健康保険団体連合会外付けシステム

KDBを補完する外付けシステムとして保険者に提供するもの。

第1章 計画の基本的事項

1 計画策定の背景

平成20年4月から、「高齢者の医療の確保に関する法律」により、医療保険者に対して、糖尿病等の生活習慣病に関する健康診査（以下「特定健康診査」という。）及びその結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導（以下「特定保健指導」という。）の実施が義務付けられた。

また、「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）において、全ての健康保険組合に対し、診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）及び健診情報のデータ分析、それらに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画の作成・公表、それに基づく事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国民健康保険が同様の取組を行うこととしている。その後、平成30年4月より財政運営の責任主体として都道府県が共同保険者となり、「経済財政運営と改革の基本方針2020」（令和2年7月閣議決定）において、データヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられた。

さらに、「新経済・財政再生計画改革工程表2022」（令和4年12月経済財政諮問会議）において、「保険者が作成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切なKPI（重要業績評価指標）の設定をする。」と示された。それにより、効果的・効率的保健事業実施に向け、全ての保険者にデータヘルス計画における標準化の取組並びに評価指標設定の推進が求められている。

特定健康診査・特定保健指導は、運動不足、不適切な食生活、喫煙等による不健康な生活習慣が引き金となり、肥満、脂質異常、高血糖及び高血圧から起こる虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の発症・重症化を予防するため、保険者が共通に取り組む保健事業である。特定健康診査を実施し、その結果から内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等のリスクに応じて特定保健指導の対象者を選定し、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善の必要性を理解した上で実践につなげられるよう、専門職が個別に介入していく。

また、特定健康診査・特定保健指導の導入によって、保険者は、被保険者の健診結果等のデータを継続的に把握し、被保険者の経年的な健康状態の把握や特定健康診査・特定保健指導の効果の評価に基づく保健事業の発展が可能となった。さらに、データヘルス計画の都道府県レベルでの標準化及び評価指標設定により、本市の状況の客観的な把握も可能となった。そこで、改めてデータヘルス計画において、健診結果及びレセプトデータを活用し、健康状態・健康課題を示すことで、本市の特性に応じた保健事業を企画・実施していく。

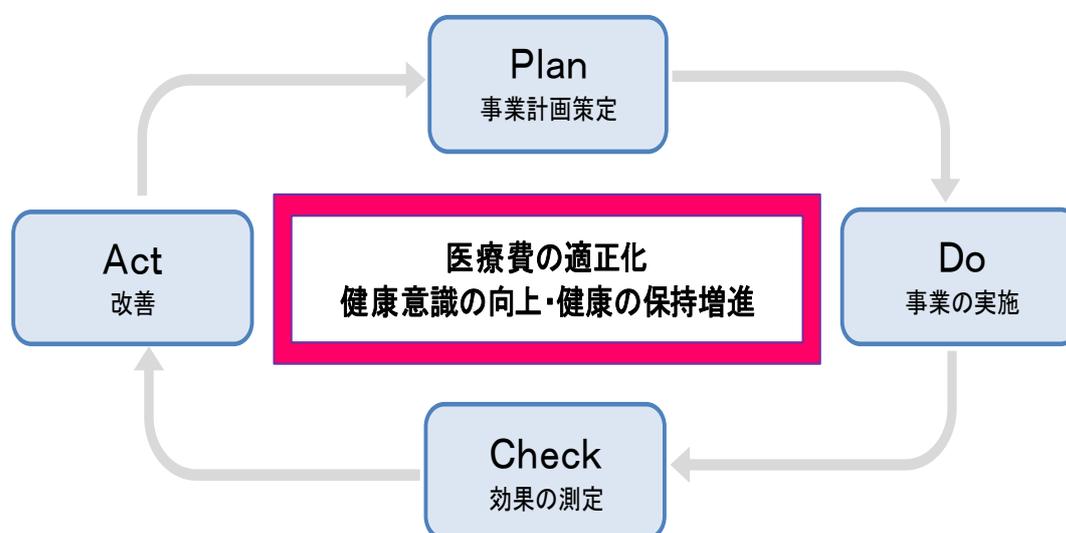
こうした個別性を重視した保健指導の実施は、被保険者の健康の保持増進や

医療費適正化等の観点から、保険者にとって重要な保険者機能であり、特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の更なる向上並びに保険者独自の保健事業の積極的な実施が求められている。

以上の要件を踏まえて、府中市国民健康保険の保険者である本市は、被保険者の健康意識の向上、健康の保持増進及び医療費の適正化を図るため、これまでの課題の把握と分析を行い、「府中市特定健康診査等実施計画（第3期）」及び「府中市国民健康保険データヘルス計画（第2期）」を見直した「府中市国民健康保険保健事業実施計画（第2期）」を策定する。

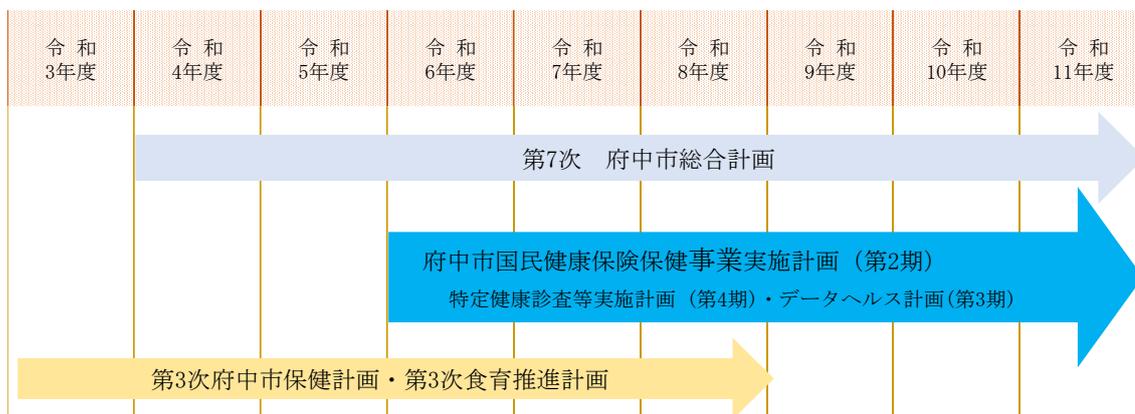
2 計画の目的

本計画では、メタボリックシンドロームに着目し、40歳から74歳までの府中市国民健康保険被保険者に対し、その要因になっている生活習慣を改善するため、特定健康診査・特定保健指導を行い、糖尿病等の有病者・予備群を減少させること、並びにレセプト、健診情報等のデータ分析に基づき、PDCAサイクルに沿った効果的・効率的な保健事業を展開し、被保険者の健康意識の向上、健康の保持増進及び医療費の適正化を図ることを目的とする。



3 計画の期間

本計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とする。



4 計画の評価及び見直し

(1) 評価

評価は、実施事業の成果について行うこととし、目標の達成状況により、次年度以降に向けた改善を行う。

なお、最終評価については、生活習慣病有病者や予備群の数、医療費の推移等を含め、総合的に評価する。

評価方法としては、府中市国民健康保険運営協議会にて報告を行い、意見をもらうこととする。

(2) 評価の実施責任者

実施事業及び本計画の評価の実施責任者は、保険者である市とする。

(3) 計画の見直し

保険運営の健全化の観点から、府中市国民健康保険運営協議会において、毎年進捗状況を報告し、実施状況や社会情勢を鑑み、必要に応じて見直しを行う。

5 その他の事項

(1) 関係機関との連携

特定健康診査の実施に当たっては、健康増進法及び介護保険法に基づいて実施する健診（検診）等についても可能な限り連携するものとする。

また、医師会や薬剤師会等の医療関係者及び衛生部門や介護部門等の関係部署とも連携しながら、事業を展開していく。

(2) 個人情報に関する事項

個人情報については、個人情報の保護に関する法律と同法に基づく「医療・介護関連事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン(行政機関編)」及び「府中市個人情報の保護に関する法律施行条例」に基づいて取り扱うものとする。なお、実施事業を外部に委託する際は、個人情報の厳重な管理や目的外利用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の取扱状況を管理していく。

また、個人情報の保護に配慮するとともに、効果的・効率的な事業を実施するため保有するデータを有効的に活用していく。

(4) 計画の公表・周知

本計画は、広報、ホームページ等で公表し、市民に周知する。

第2章 府中市の基本情報

1 人口の推移

◇人口は、令和2年度までは増加していたが、令和3年度以降は微減している、令和5年1月1日現在では259,924人となっている。

◇高齢化率は、東京都全体と比べると低いですが、年々高くなっており、平成29年度と令和4年度を比べると、0.8パーセント高くなっている。

【図1】人口の推移 [各年度1月1日時点]



2 被保険者の構成

◇国民健康保険被保険者数及び市の人口に占める国民健康保険加入率は、減少傾向にある。(表1)

◇年齢階層別に見ると、男性の約34パーセント・女性の約40パーセントが65歳以上の加入者である。(図2)



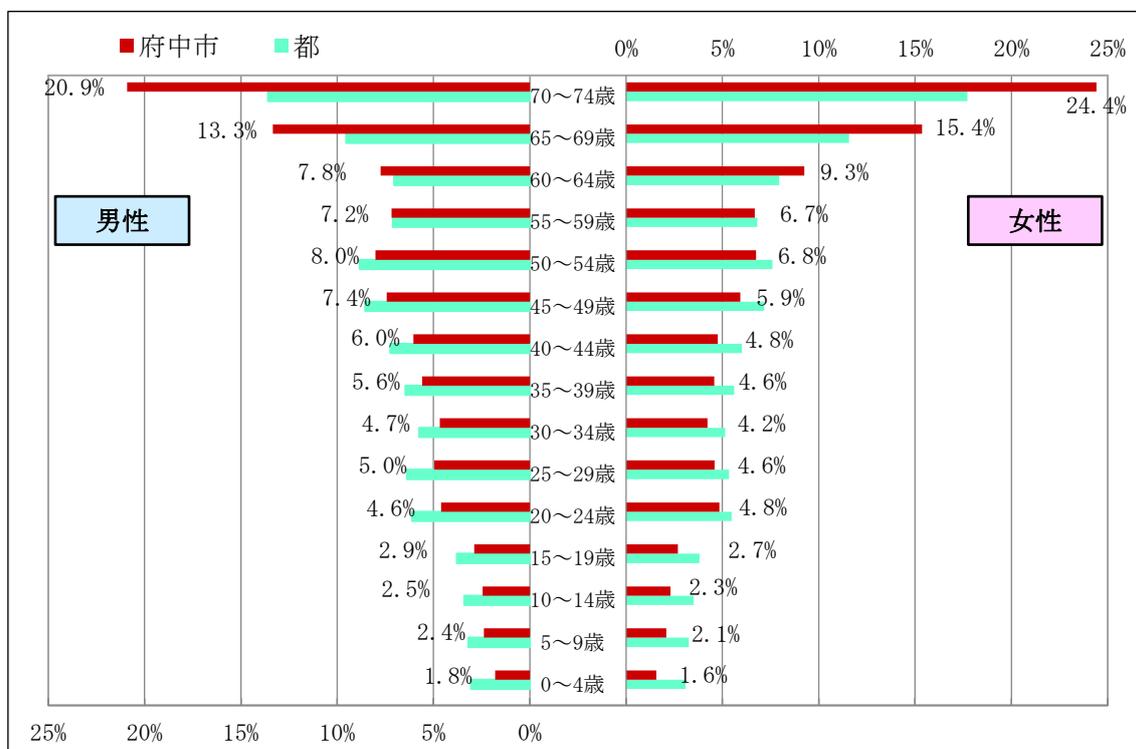
◆被保険者数の減少の主な要因は、被用者保険の適用拡大や少子化による若年層の人口減少及び高齢化に伴う後期高齢者医療制度の適用者の増加が考えられる。

◆少子高齢化による人口構成の変化や退職後の移行先となる国民健康保険の特性から、被保険者の65歳以上の加入者の構成割合が高くなっている。

【表1】被保険者の推移 [各年度3月末時点]

年度	被保険者数(人)	国民健康保険加入率
令和元年度	51,470	19.77%
令和2年度	50,724	19.47%
令和3年度	49,554	19.04%
令和4年度	48,495	18.99%

【図2】男女別・年齢階層別被保険者数構成割合ピラミッド [R5年3月末時点]



出典：国保データベース (KDB) システム 被保険者構成 R4年度

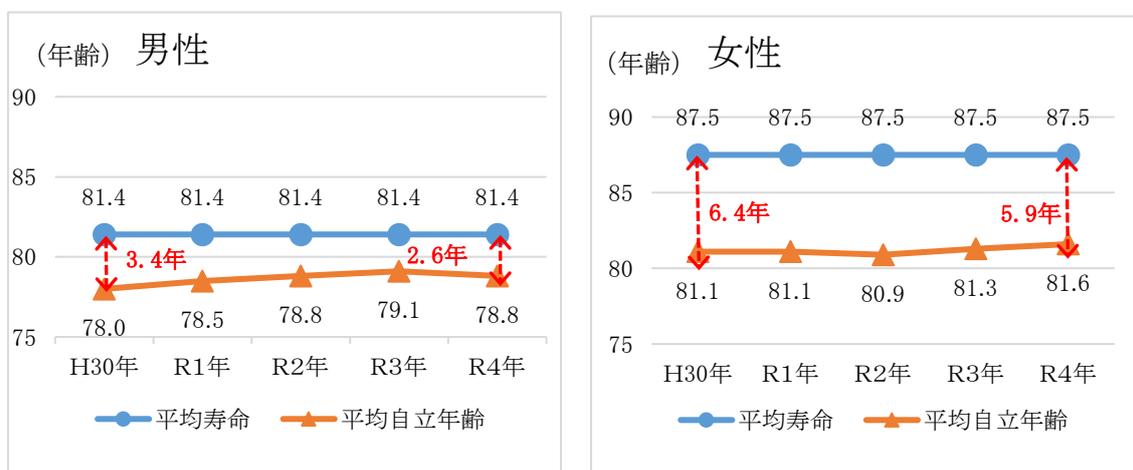
3 平均寿命・健康寿命

◇令和 4 年における平均寿命（全国平均）に対して、府中市の平均自立年齢（介護が必要となった平均年齢）との差（日常生活に制限のある期間）は、男性が 2.6 年間、女性が 5.9 年間である。平成 30 年からの推移をみると、男性・女性とも若干期間が短縮しているが、女性のほうが日常生活に制限のある期間が長くなっている。（図 3）



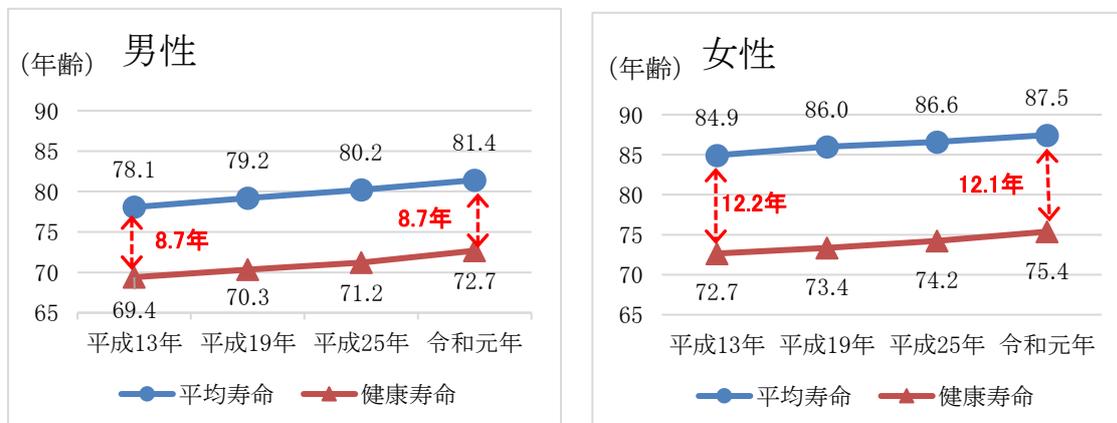
◆今後も平均寿命と健康寿命の推移を注視し、より効果的な疾病予防や健康増進等を図る必要がある。平均寿命と健康寿命の差を短縮して健康な期間を延ばすことが、個人生活の質の低下防止や社会的負担の軽減のために重要となる。

【図 3】 平均寿命と平均自立年齢の推移



出典：国保データベース (KDB) システム 平均寿命・平均自立期間 H30～R4 年度

【図 4】 平均寿命と健康寿命の推移（参考：全国状況 令和元年時点）



※健康寿命…日常生活に制限のない期間

出典：厚生科学審議会（健康日本 21（第二次）推進専門委員会）

※1 国保データベース（KDB）システムにおいて、「健康寿命」と同様に健康な期間を表す指標として「平均自立期間」の算出を行っているため、その数値と平均寿命の差異を示したものを参考資料として図 3 で示した。なお、「平均自立期間」は要支援・要介護認定を受けたものを対象としているため、厚生労働省で算出する「健康寿命」とは異なってくる。

※2 厚生労働省の統計書で算出される平均寿命及び健康寿命は数年ごとの更新となる。現時点では、平均寿命が平成 30 年時点、健康寿命が令和元年時点の数値が最新のものとなる。（図 4）

4 介護保険の状況

◇要介護・要支援認定者数は平成30年度と令和4年度を比べると約2.9パーセントの微増傾向にあり、認定率は20.1パーセントとなっている。(図5)

◇介護度別では、令和元年度以降は要支援1・2の軽度認定者の比率が高まっており、介護1の認定者については若干減少している。

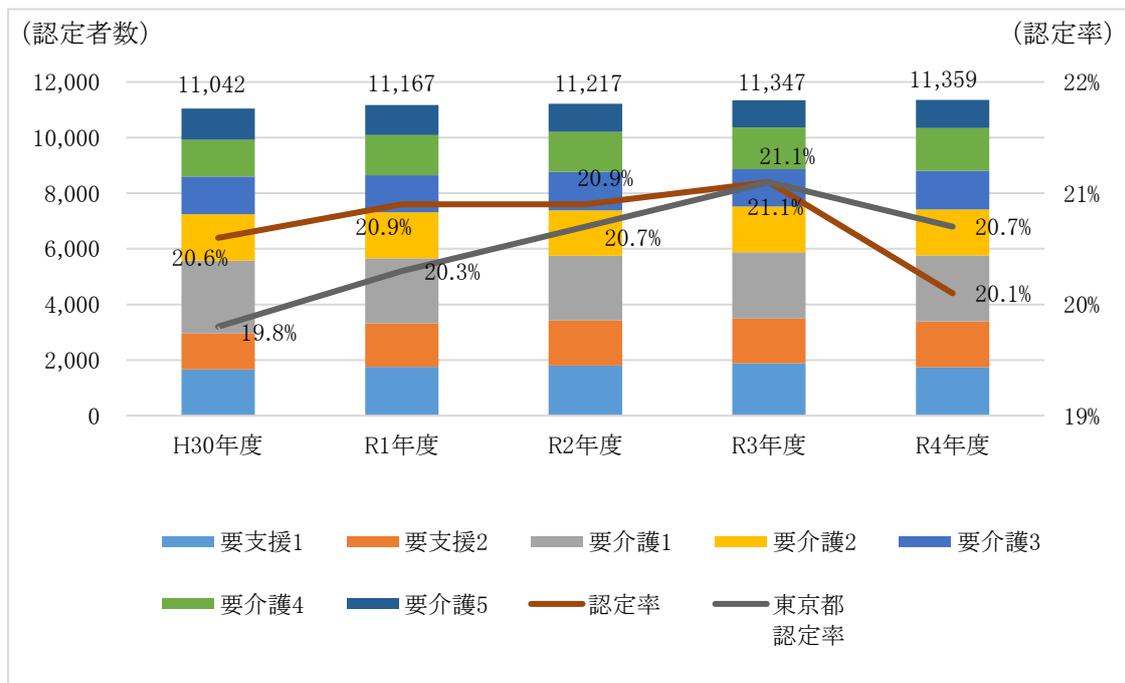
◇65歳健康寿命は、東京都全体と比べると男性は高く、女性は同等となっている。(図6) また、平均障害期間は、男性・女性とも僅かではあるが短くなっている。(表2)

◇女性は、男性と比べると平均寿命が長いですが、平均障害期間も約2倍長くなっている。



◆介護を必要とせず、自立して生活できる期間を延ばすことが重要である。

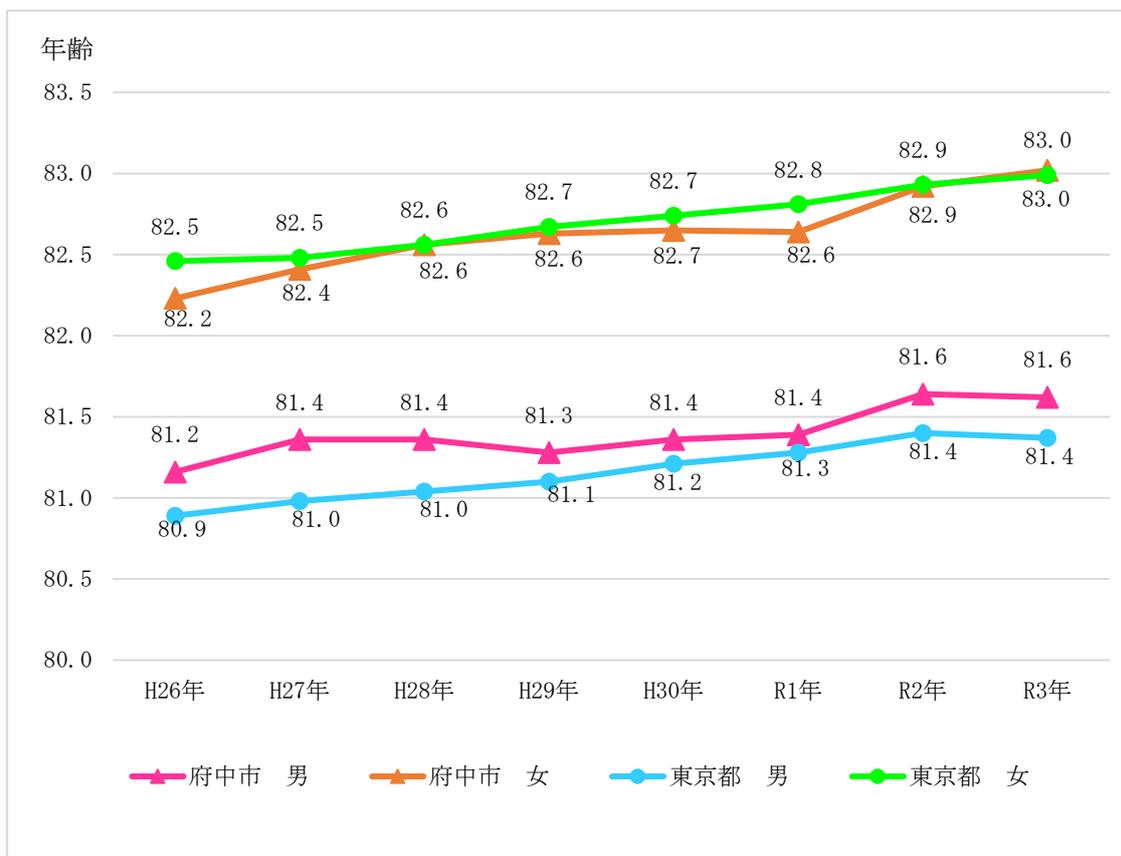
【図5】 介護保険認定者・認定率推移 [各年度3月末時点]



出典：国保データベース（KDB）システム 介護 H30～R4年度

※認定率…介護保険の第1号被保険者に対する認定率

【図 6】 65 歳健康寿命 （東京保健所長会方式 要支援 1 以上）



出典：東京都福祉保健局 65歳健康寿命

※65歳健康寿命…65歳の人が何らかの障害のために日常生活動作が制限されるまでの年齢を平均的に表したものの。

(以下、東京保健所長会成人保健部会資料より引用)

65歳健康寿命 = 65歳 + 65歳平均自立期間 (年)

*平均自立期間：要介護認定を受けるまでの期間の平均、健康と考える期間

【表 2】 平均障害期間 （東京保健所長会方式 要支援 1 以上）

平均障害期間 (年)	H26年	H27年	H28年	H29年	H30年	R1年	R2年	R3年
府中市 男	3.4	3.4	3.3	3.3	3.3	3.4	3.4	3.2
府中市 女	6.8	6.9	6.8	6.8	6.9	7.0	7.1	6.7

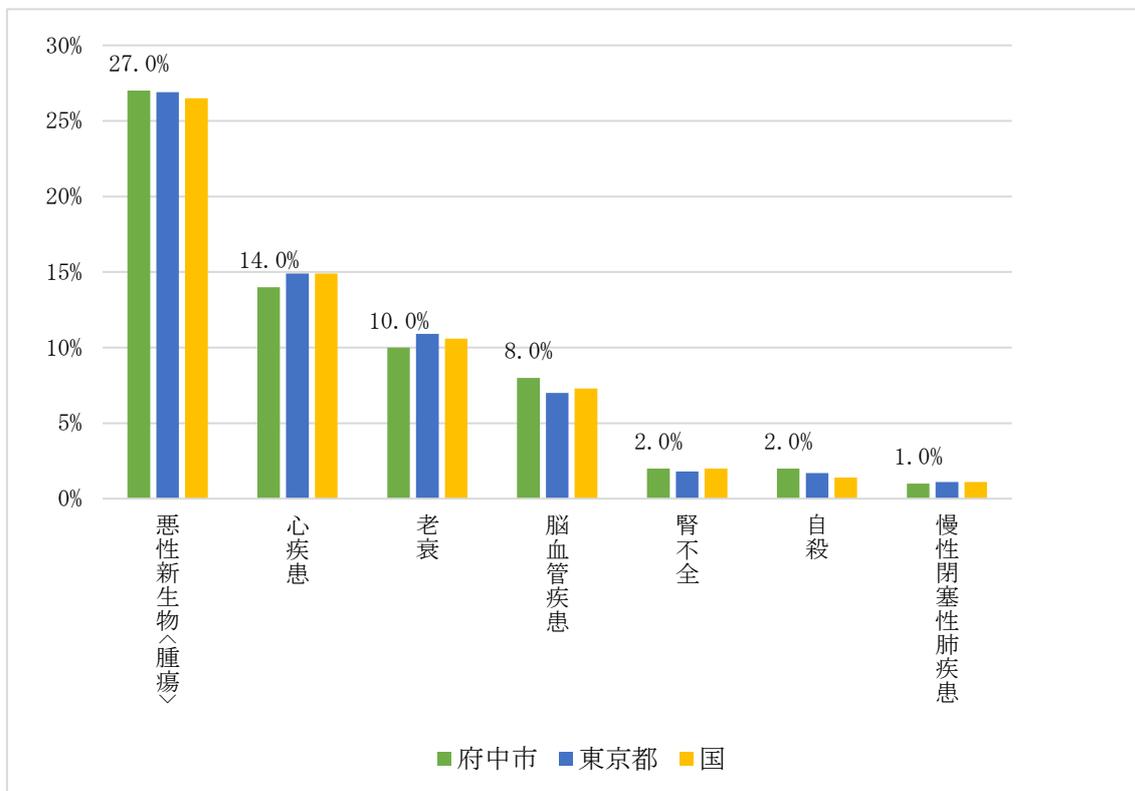
出典：東京都福祉保健局 65歳健康寿命

※平均障害期間…「65歳平均余命 - 65歳健康寿命」 病気や障害等で介護を必要とする期間を表したものの。

5 死因の状況

◇主な死因の状況は、国及び東京都全体とほぼ同じであるが、「心疾患」がやや低い割合、「脳血管疾患」はやや高い割合になっている。

【図 7】 主要死因死亡率 [令和 3 年度]



※ 「心疾患」は高血圧性を除くものとする。

出典：東京都福祉保健局 人口動態（令和 4 年度 報告書より）

第3章 医療費の状況

1 医療費の推移

◇令和4年度の医療費総額は15,381,440千円であった。平成30年度からの推移を見ると、新型コロナウイルス感染症蔓延による受診控えの影響から令和2年度では減少したが、令和3年度から増加しており、「入院外」、「入院」、「調剤」の順に全体に占める割合が高くなっている。(図8)

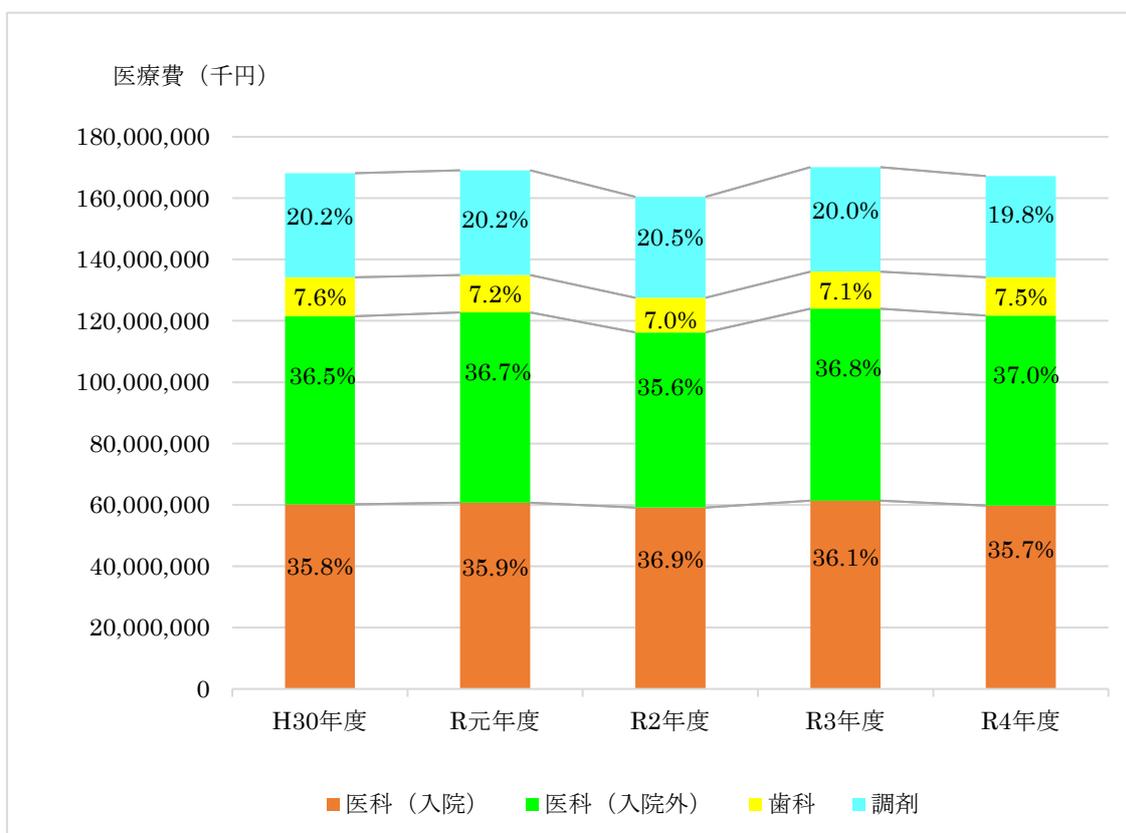
◇被保険者一人当たりの医療費は、令和2年度に一時減少した後増加し、令和元年度と令和4年度で比較すると、15,467円の増となっている。(図9)

◇被保険者一人当たり医療費は毎年度東京都より多く、令和4年度においては3,675円多くなっている。(図9)



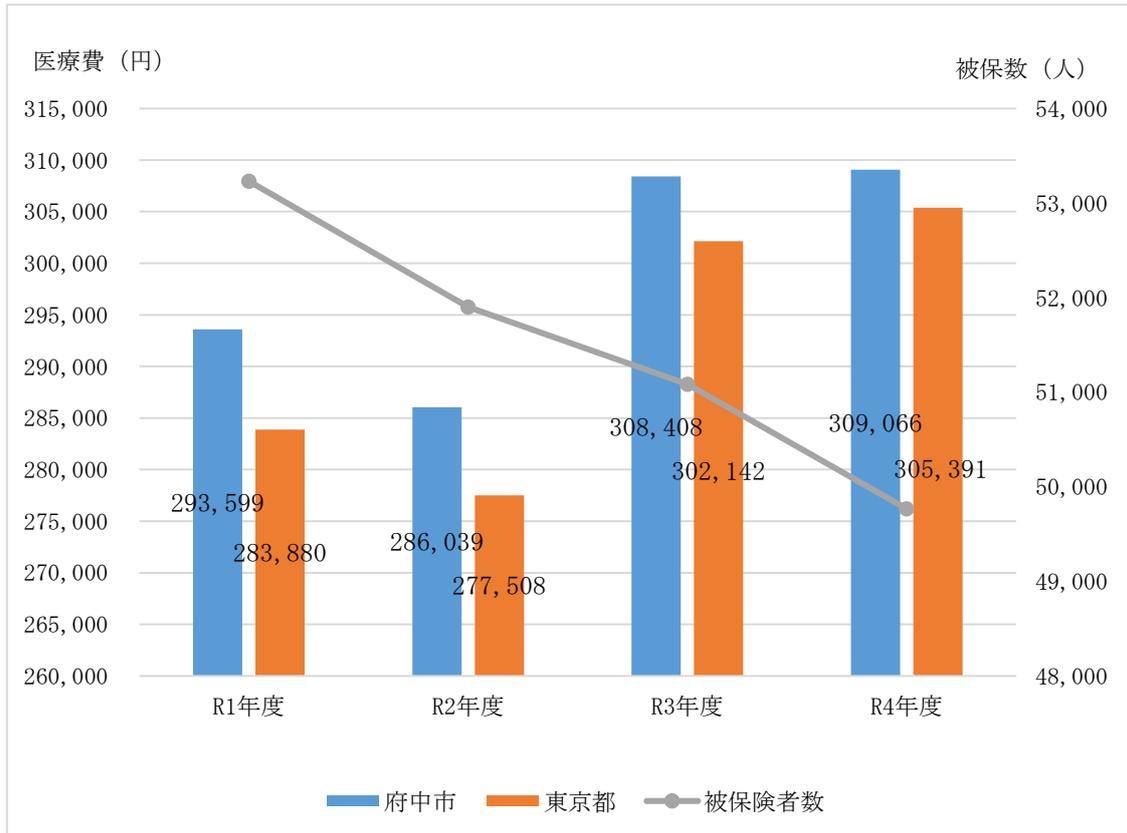
◆被保険者数は減少しており総医療費はやや減少しているが、医療の高度化や被保険者の高齢化等の要因もあり、被保険者一人当たりの医療費は増加している。

【図8】医療費の推移



出典：国保データベース（KDB）システム 健康スコアリング（医療費） R1～R4年度

【図9】被保険者一人当たりの医療費



出典：国保データベース（KDB）システム 医療費分析（大分類） R1～R4年度

※ 府中市・東京都とも年度ごとの平均被保険者数を使用して算出

2 医療費上位の疾病

◇大分類の医療費上位 10 疾病のうち、約 19 パーセントを「新生物<腫瘍>」が占めている。次いで「循環器系の疾患（高血圧性疾患や虚血性心疾患、脳血管疾患等）」が約 15 パーセント、「内分泌、栄養及び代謝疾患（糖尿病・等）」が約 10 パーセントを占め、高い割合となっている。（図 10）

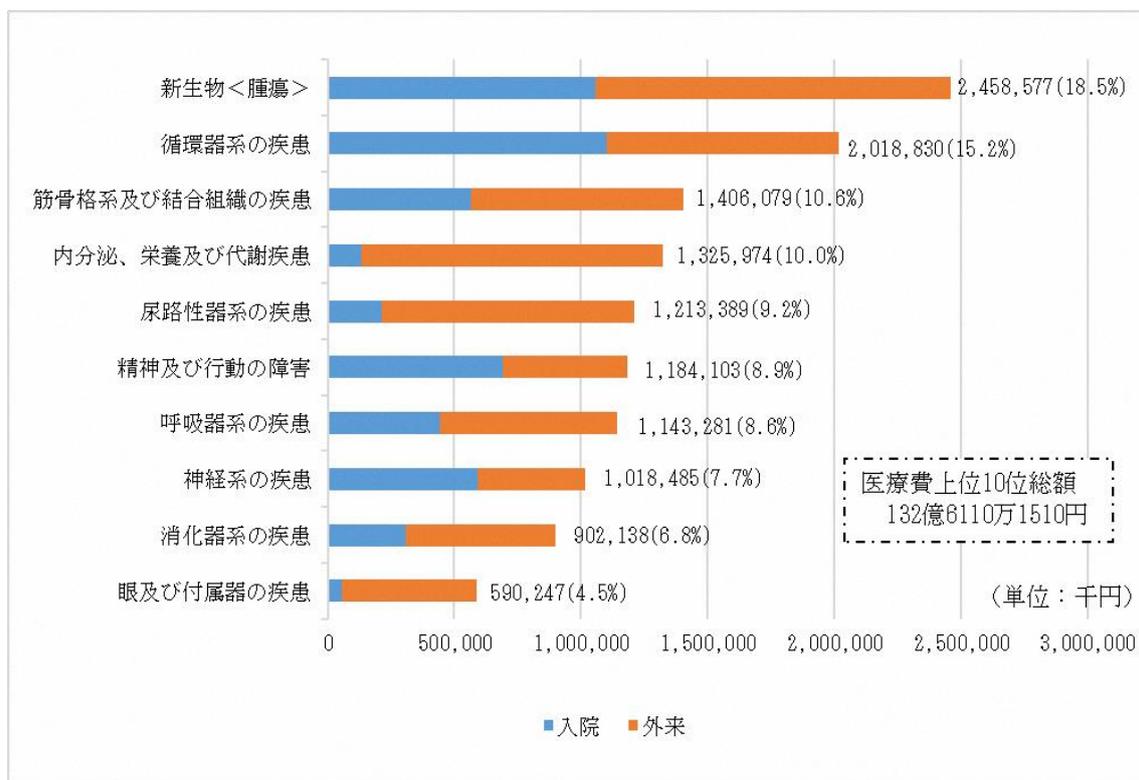
◇年代別で見ると、50 歳代から「循環器系の疾患」で医療にかかる者が増え始め、60 歳代から医療費の上位 2 位となる。（表 3）

◇中分類の医療費上位疾病で見ると「新生物<腫瘍>」に次いで透析等を含む腎不全が高額となっており、被保険者一人当たりの医療費では、「その他の内分泌、栄養及び代謝障害」が「心臓の先天奇形」に次ぎ高額となっている。（図 11・12）



- ◆高血圧性疾患や糖尿病は、被保険者一人当たりの医療費では上位ではないが、分類上上位に位置していることから、患者数が多い疾患であることが分かる。
- ◆中分類上位の腎不全、高血圧性疾患及び糖尿病は、生活習慣に起因していることが多いため、予防による対策が重要である。

【図 10】医療費の上位 10 疾病（大分類） [令和 4 年度]



※医科・調剤の電子レセプトを対象とする。

出典：国保データベース（KDB）システム 医療費分析（大分類）

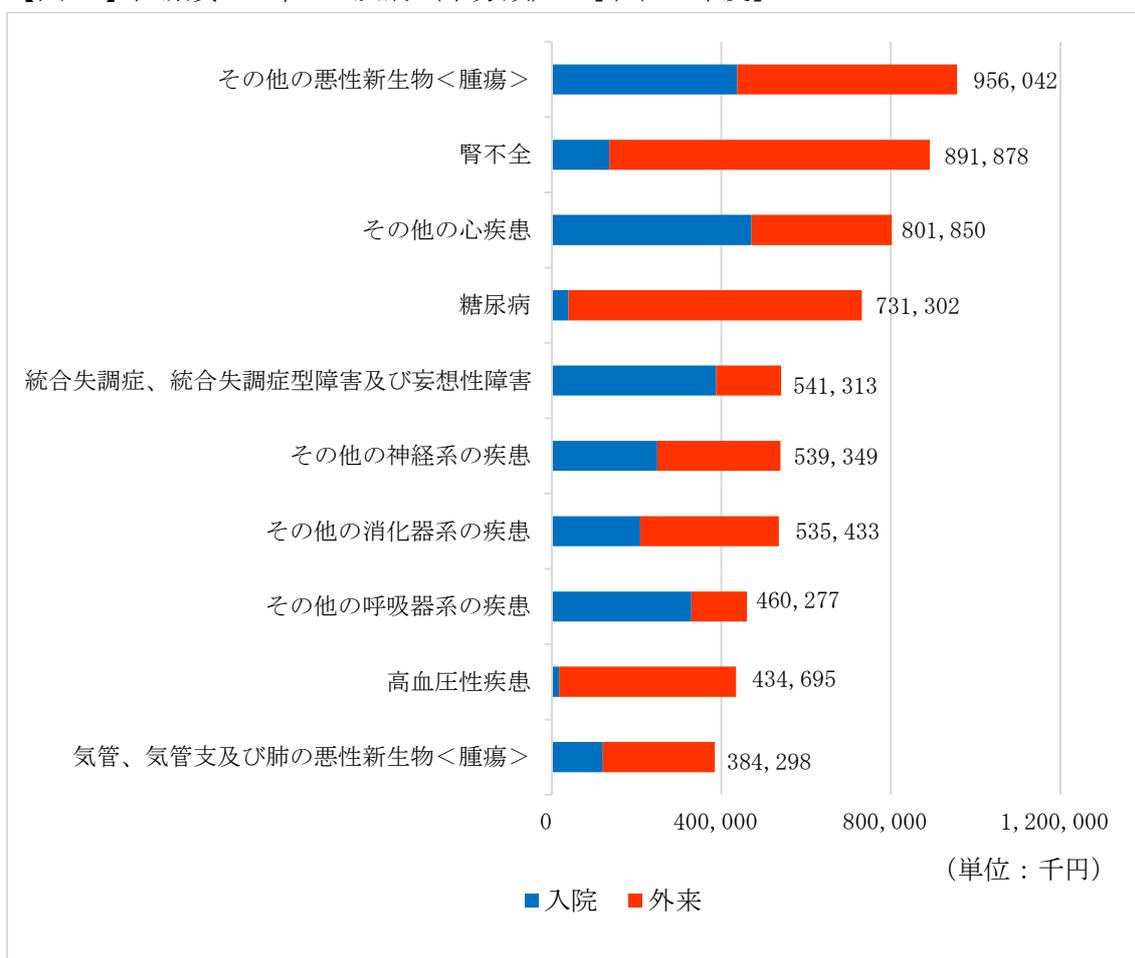
【表 3】年代別 医療費の上位 3 疾病（大分類） [令和 4 年度]

年代	1 位	2 位	3 位
30 歳代	精神及び行動の障害	呼吸器系の疾患	新生物<腫瘍>
40 歳代	精神及び行動の障害	呼吸器系の疾患	新生物<腫瘍>
50 歳代	精神及び行動の障害	新生物<腫瘍>	循環器系の疾患
60 歳代	新生物<腫瘍>	循環器系の疾患	筋骨格系及び結合組織の疾患
70～74 歳	新生物<腫瘍>	循環器系の疾患	筋骨格系及び結合組織の疾患

※「循環器系の疾患」は 30 歳代で 6 位、40 歳代で 7 位となっている。

出典：国保データベース（KDB）システム 医療費分析（大分類）

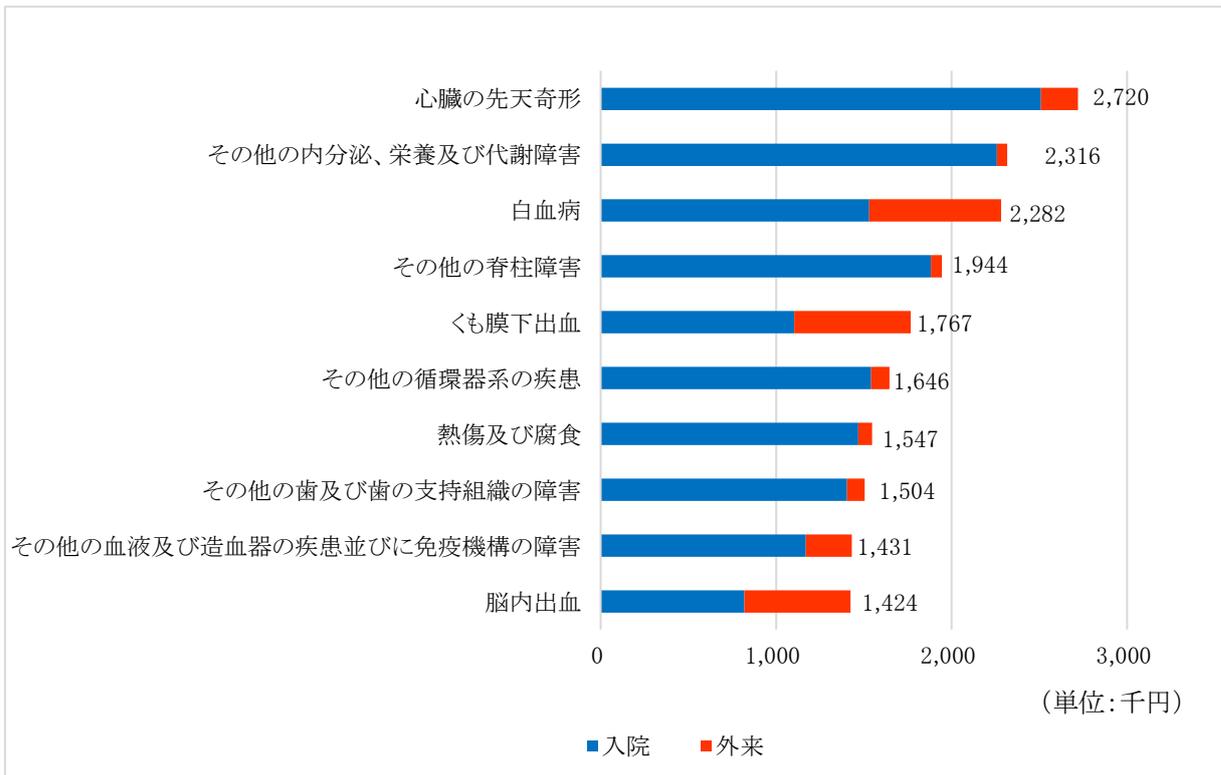
【図 11】医療費の上位 10 疾病（中分類） [令和 4 年度]



※医科・調剤の電子レセプトを対象とする。

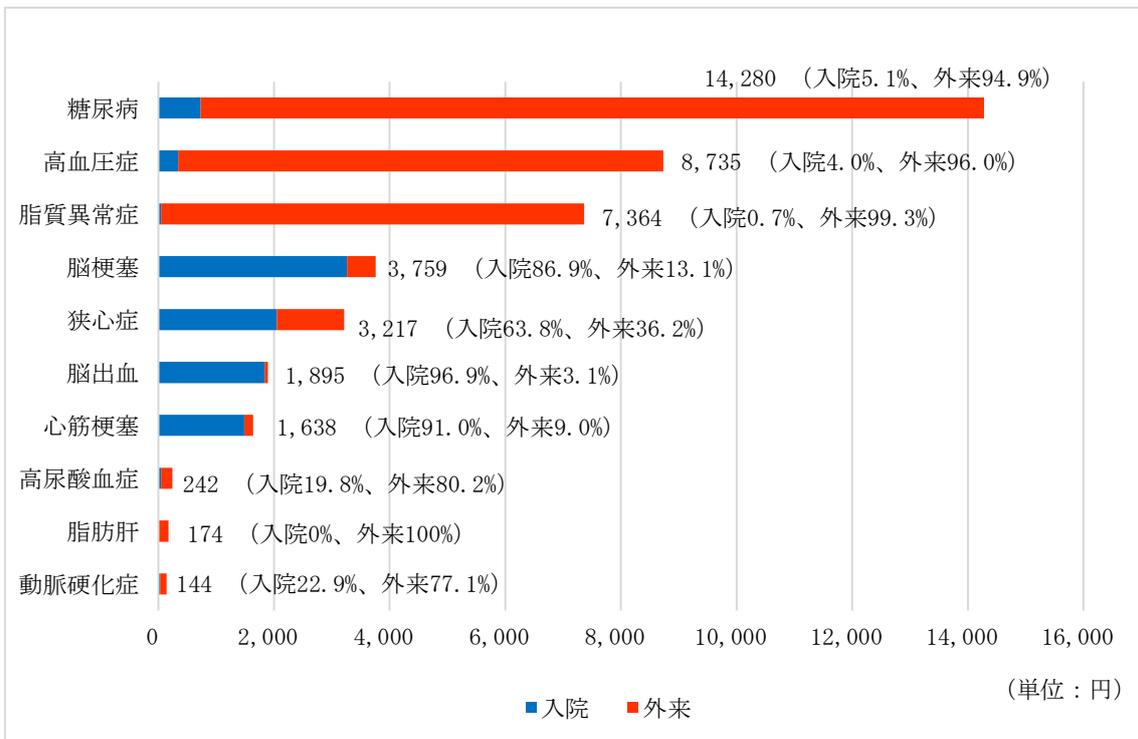
出典：国保データベース（KDB）システム 医療費分析（中分類）

【図 12】 被保険者一人当たりの医療費（中分類） [令和 4 年度]



※医科・調剤の電子レセプトを対象とする。
 出典：国保データベース（KDB）システム 医療費分析（中分類）

【図 13】 被保険者一人当たりの生活習慣病医療費 [令和 4 年度]



出典：国保データベース（KDB）システム 生活習慣病
 ※ 被保険者数は、令和 4 年度の平均被保険者数とする。

3 生活習慣病の有病率

◇40 歳以上の被保険者は、約半数が生活習慣病の有病者であり、年齢が高くなるにつれて有病率も上がっている。(図 14)

◇特に、「高血圧症」、「脂質異常症」及び「脂肪肝」の有病率が上がっている。
(表 4)

◇生活習慣病有病率を性別で見ると、60 代では男性・女性ともほぼ同率であるが、40・50 代と 70 歳以上では女性の方が高くなっている。



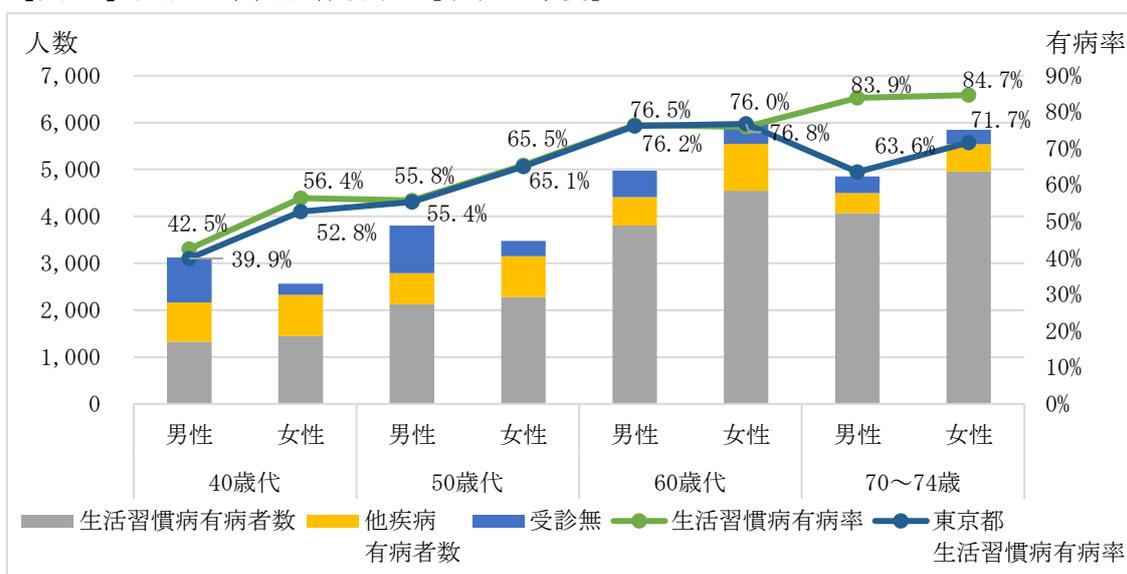
◆生活習慣病の有病者数は、40 歳から徐々に増加し、60 歳以降は急増しているため、発症前の若い年代のうちからの生活習慣の改善により予防をすることが重要である。

【表 4】40 歳以上の被保険者数に対する生活習慣病有病率 [H30～R4 年度]

年度	生活習慣 有病率計	生活習慣病のうち、有病率が高い疾患を抜粋				
		糖尿病	高血圧症	脂質異常症	高尿酸血症	脂肪肝
東京都 R4 年度	67.5%	19.7%	32.2%	31.1%	8.7%	5.0%
R4 年度	70.9%	20.3%	34.8%	35.2%	9.9%	4.5%
R3 年度	70.4%	20.4%	34.6%	35.0%	9.7%	4.4%
R2 年度	67.9%	19.6%	33.4%	33.4%	9.3%	4.1%
R1 年度	69.8%	20.0%	33.3%	33.3%	9.2%	3.9%
H30 年度	69.2%	20.1%	33.1%	32.7%	9.0%	3.7%

出典：東京都国民健康保険団体連合会外付けシステム レセプト分析

【図 14】性別・年代別有病率 [令和 4 年度]



出典：東京都国民健康保険団体連合会外付けシステム レセプト分析

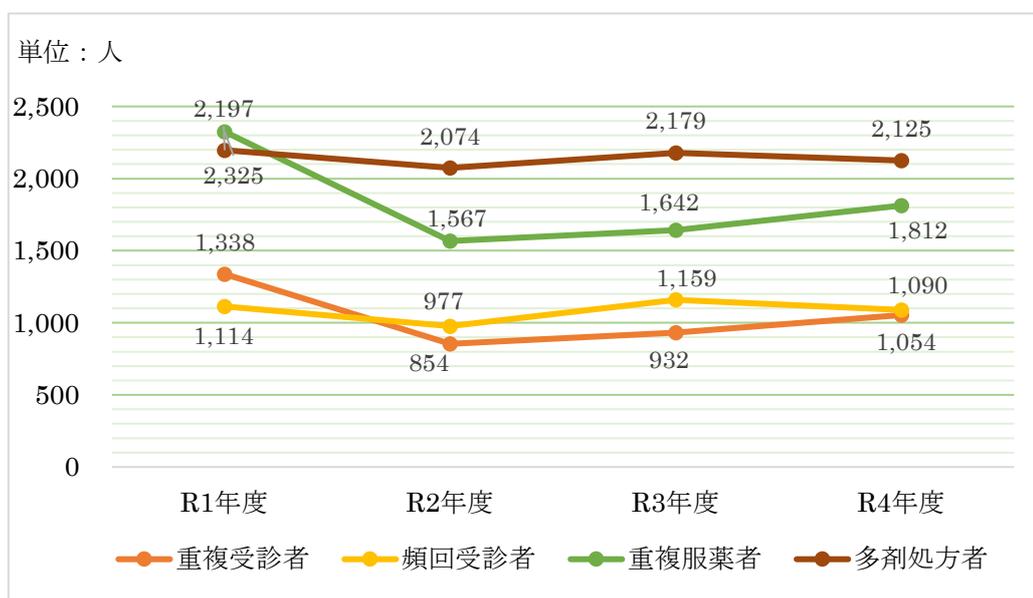
4 生活習慣病による医療機関の受診状況

- ◇医療機関への過度な受診(多受診)の可能性のある被保険者が存在している。
- ◇特に、多剤処方者・重複服薬者が多いが、重複受診者・頻回受診者は重複服薬者となるリスクが高い。



- ◆多受診は、度重なる検査や投薬により、患者本人にとっても時間的・費用的な負担が大きく、また、社会的にも医療費の負担が多くなる要因となるため、適正な受診行動を促す必要がある。

【図 15】 多受診の患者数[R1～R4 年度]



出典：東京都国民健康保険団体連合会外付けシステム 保健事業介入支援管理

- ※1 重複・頻回受診者及び重複服薬者、多剤処方者のいずれの該当者からは、がん・精神疾患・透析患者は除外している。
- ※2 各項目の人数は、各年度の年間延べ人数となっている。

<凡例説明>

- 重複受診者：受診日数が1日/月以上で、3機関以上の医療機関に受診している者
- 頻回受診者：受診日数が3日/月以上で、1機関以上の医療機関に受診している者
- 重複服用者：1か月の間に、同系の医薬品が複数の医療機関で処方された者
- 多剤処方者：1か月の間に、同系の医薬品が同一の医療機関で処方され同系医薬品の処方合計日数が60日を超えた者

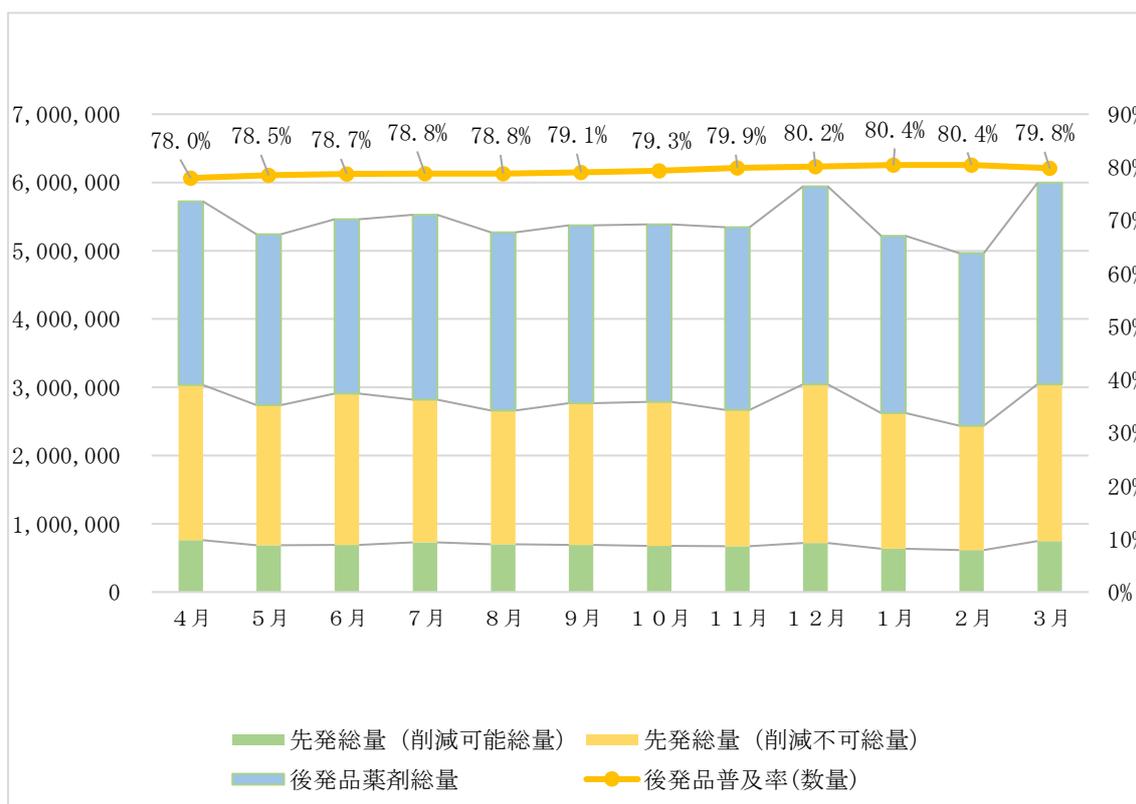
5 後発医薬品（ジェネリック医薬品）¹⁾ の普及状況

- ◇市の後発医薬品普及率は、令和5年3月現在では79.8パーセントとなるが、1年間の動きを見るとほぼ横ばい状態である。（図16）
- ◇国が令和5年度末までの目標とする後発医薬品普及率80パーセントに近づいてきているが、対象者の体質的理由等を鑑みると、今後の普及率向上に限界があるとも考えられる。
- ◇先発医薬品と後発医薬品の差額を示した通知（差額通知）の発送等により、後発医薬品の普及への理解が向上し、その削減効果額は10か月間で約114,379千円となった。（表5）



- ◆先発医薬品と比べると薬価が低い後発医薬品を普及させることを、患者負担の軽減と医療費の適正化を図ることができる対策の一つとして、国も推奨していることから、全体への後発医薬品の普及啓発と個人への後発医薬品差額通知事業を継続し、更なる普及を目指す必要はあるが、取り組み内容について、費用対効果の検証の必要性も考えられる。

【図16】後発医薬品普及率（数量ベース）



出典：データホライズン社集計（令和4年度実績）

【表 5】後発医薬品差額通知事業実績 [令和 4 年度]

発送回数	6 回
発送通数	2, 181 通
切替延べ人数	42, 249 人
削減効果額	114, 378, 734 円

※切替延べ人数…差額通知発送者のうち、発送月以降に後発医薬品へ切り替えた人数（R4 年 6 月から R5 年 3 月までの診療分）

※削減効果額…個人ごとに求めた削減効果額の合計金額（R4 年 6 月から R5 年 3 月までの診療分）

- 1) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）とは、新薬（先行医薬品）と同じ成分を使っており、品質・効き目・安全性が同等な薬をいう。厚生労働大臣の承認を受け、国の基準・法律に基づき製造・販売されている。

第4章 保健事業の取組

I 特定健康診査

1 特定健康診査受診率

(1) 事業実施状況

◇「標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年4月厚生労働省健康局）」に基づき、府中市医師会へ委託し、市内協力医療機関で実施している。実施期間は例年7月から9月であり、対象者は40歳以上74歳以下の国民健康保険被保険者である。

(2) 現状実績

◇特定健康診査の受診率は、減少気味であるが、多摩地域と比べると高い受診率を維持している。しかし、国の目標である60パーセントを達成するために設けた目標値には至っていない。（表6）

◇性別・年代別で見ると、男性・女性とも、年齢が上がるにつれて受診率が高くなっている。それに対し、40歳代・50歳代の世代においては、依然として受診率が低い傾向にある。また、全ての年代で女性の方が男性より受診率が高くなっている。（図17）

◆被保険者全体への受診啓発に加え、「40歳代・50歳代」や「男性」など受診率の低いグループにターゲットを絞ったアプローチが必要である。

【表6】特定健康診査受診率（法定報告使用数値¹⁾による）

区分	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
対象者数（人）	34,350	33,669	33,618	32,702	31,251
受診者数（人）	18,815	18,416	16,551	16,130	15,305
受診率	54.8%	54.7%	49.2%	49.3%	49.0%
東京都受診率	44.7%	44.2%	40.8%	42.9%	-
多摩地域受診率	49.3%	49.1%	44.6%	46.9%	-
目標値	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%

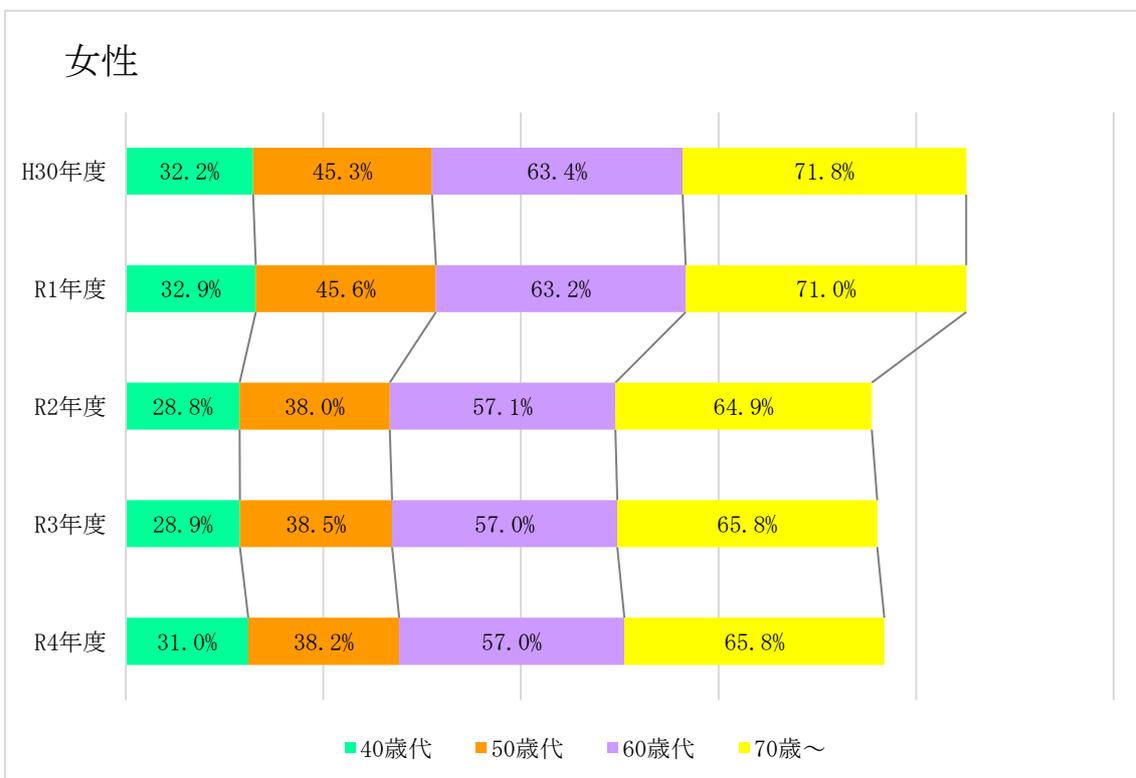
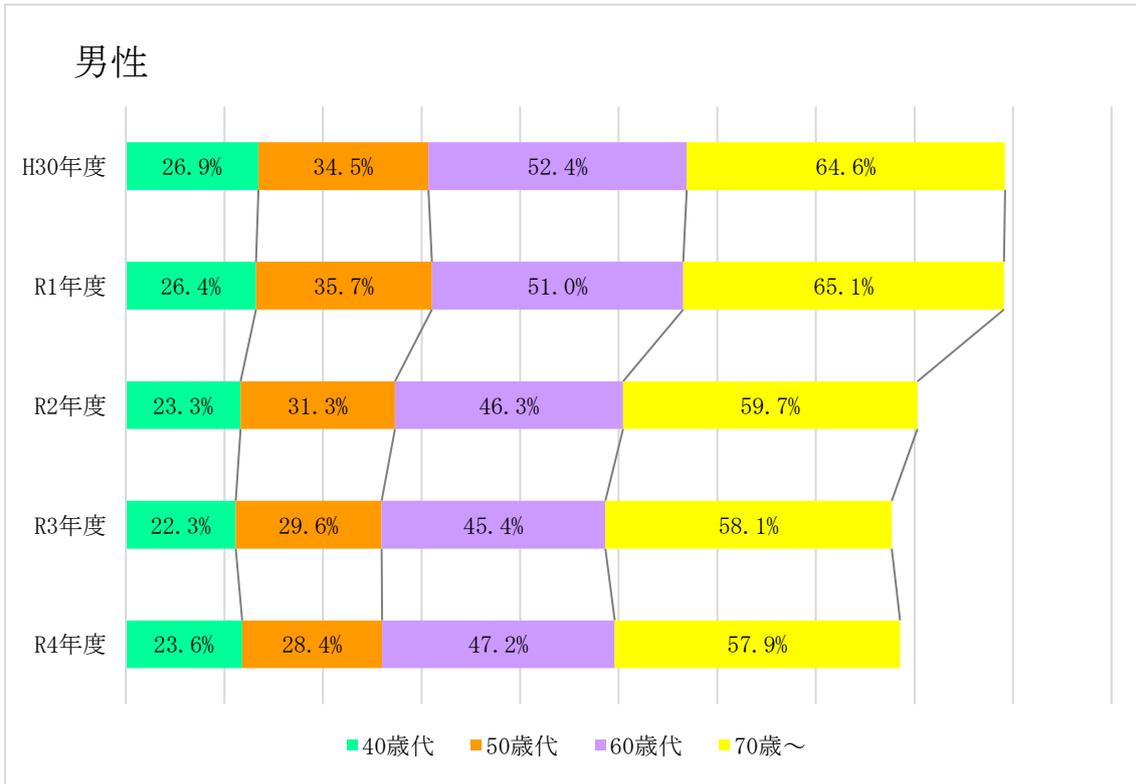
※対象者数…当該年度7月末日までに府中市国民健康保険に加入の届出をした者（＝受診券発送者数）

※受診者数…事業主健診や人間ドック等の健診結果を提出した者を含む。

※多摩地域…東京都内の区部と島しょ部を除いた市町村部

- 1) 法定報告使用数値とは、特定健康診査・特定保健指導の対象者（特定健康診査実施年度中に40～74歳に達する実施年度4月1日時点加入者）から、実施年度中の資格喪失者と除外対象者を除いた数値をいう。

【図 17】 性別・年代別受診率



2 被保険者の健診受診行動の状況

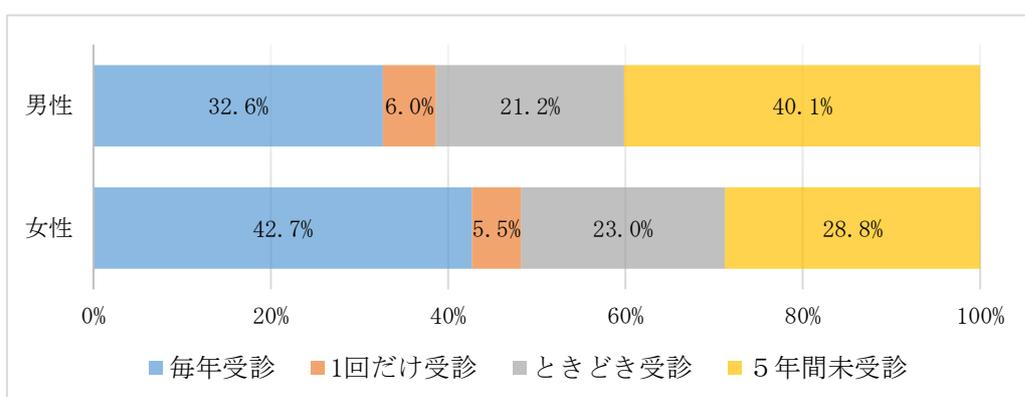
◇性別で見ると、男性よりも女性の方が「毎年受診」の割合が高くなっており、「5年間未受診」の割合も低くなっている。

◇年代別で見ると、年齢が下がるにつれて「5年間未受診」の割合が高くなる。それに対し、5年間のうちに1回又は2回受診をした「ときどき受診」の割合は各年代で大きな差は見られない。

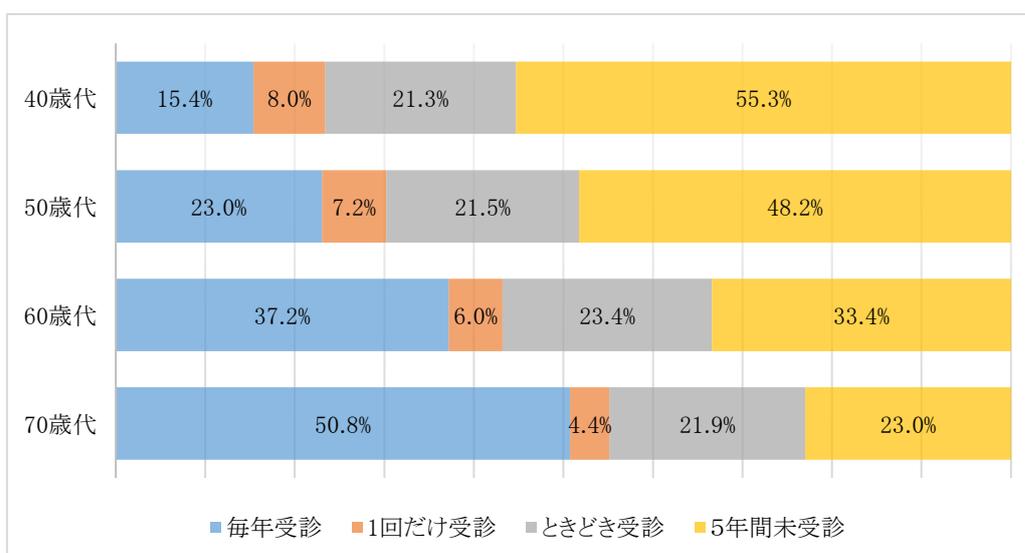


◆受診行動に応じたアプローチにより、受診率向上につなげる。特に、各年代に存在する「ときどき受診」が「毎年受診」となれば、目標である60パーセントを達成できるため、継続受診対策が重要である。

【図 18】 経年受診率



※平成30年度から令和4年度までの5年間、継続して府中市特定健康診査対象となった者を対象とする。



※平成30年度から令和4年度までの5年間、継続して府中市特定健康診査対象となった者を対象とする。

3 特定健康診査受診率向上及び未受診者対策事業の実施状況

(1) 事業実施状況

- ◇特定健康診査受診券を発送した1か月後に、当該年度40～49歳到達者に受診勧奨はがきを送付している。
- ◇特定健康診査が終了した後、未受診者に対しセルフ健康チェックの案内通知を送付する。希望者は郵送用血液検査キットによる自宅検査を行い、パソコンやスマートフォンから検査結果の確認をすることができる。
- ◇FC東京との協働事業により、チーム選手を起用した受診勧奨PR動画の作成・配信を行う。

(2) 現状実績

- ◇平成25年度より当該年度40歳到達者対象に特定健康診査の受診勧奨の実施を開始し、令和4年度には受診勧奨の対象者を当該年度40～49歳到達者に拡大したが、受診率は伸び悩みの状況にある。
- ◇受診勧奨をしたにもかかわらず未受診だった当該年度40歳到達者を対象として、郵送型血液検査キットを用いたセルフ健康チェックを行ったが、セルフ健康チェック実施者のうち約7割が翌年度健診未受診者であった。(表9)

- 
- ◆初めて特定健康診査の対象となる40歳到達者に対して受診勧奨を行うことは、翌年度以降の受診にも結び付き、全体の受診率の底上げが期待できるが、受診への意識向上に働きかけるための効率的な工夫が必要とされる。

【表7】40歳到達者への特定健康診査受診勧奨の実施状況

《内容》当該年度40歳到達者を対象に、特定健康診査受診勧奨通知を発送し、当該年度特定健康診査受診率の向上を目指す。	
《R4年度実施状況》	
対象者数	1,487人
受診者数	424人
受診勧奨対象者の受診率	28.5%

【表8】過去の特定健康診査受診実施状況

年齢	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
40歳	29.9%	29.2%	29.8%	23.9%	30.6%
41歳	20.4%	23.3%	22.1%	22.3%	26.7%
42歳	24.1%	24.5%	19.3%	24.5%	25.0%
43歳	25.7%	28.2%	22.6%	22.6%	23.8%

【表 9】府中市セルフ健康チェックの実施状況

《内容》当該年度 40 歳に到達する特定健康診査未受診者を対象に、郵送型血液検査キットによる健康チェックを実施し、健康意識の向上と次年度の特定健康診査の受診を目指す。		
《実施状況》		
年度	R3 年度	R4 年度
対象者数	413 人	321 人
申込者数	86 人	63 人
実施者数	60 人	46 人
実施率	14.5%	14.3%
《R3 年度対象者の翌年度の特定健康診査受診状況》		
セルフ健康チェック実施	特定健診受診	27.9%
	特定健診未受診	72.1%
セルフ健康チェック未実施	特定健診受診	19.0%
	特定健診未受診	81.0%

4 メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

◇平成 30 年度から令和 4 年度の推移を見ると、メタボリックシンドローム「該当者・予備群」の割合は、令和 2 年度で一旦微増したものの、令和 3 年度以降徐々に減少傾向となっている。(図 19)

◇全ての年代において、女性より男性の方が「該当者・予備群」の割合が高い。

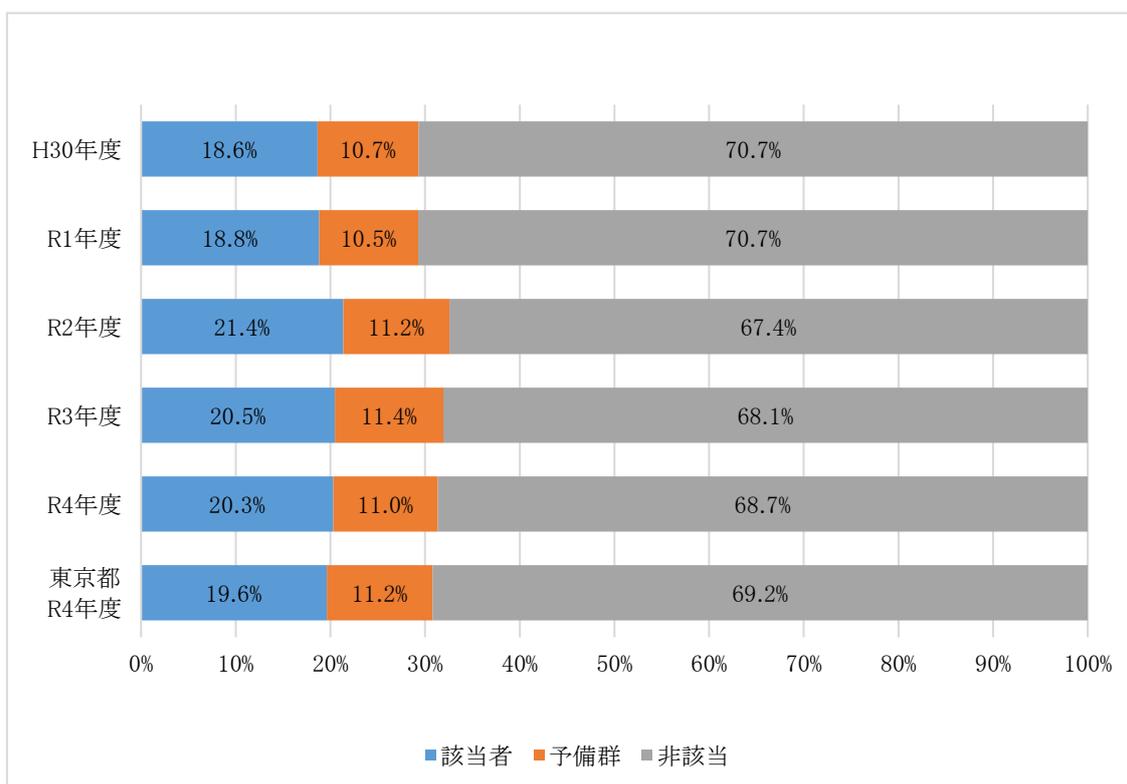
◇男性は、50 歳代以降「該当者」の割合が高くなっている。

◇女性についても、50 歳代から「該当者・予備群」の割合が急激に増加し、年代が上がるにしたがって徐々に高くなっている。(図 20)

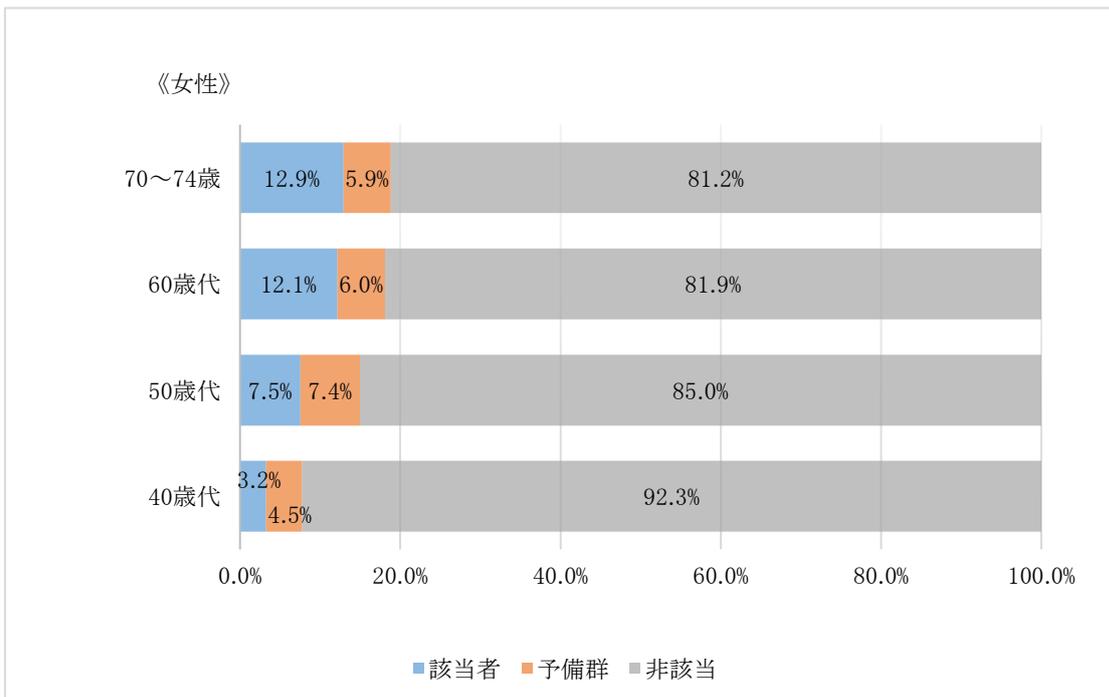
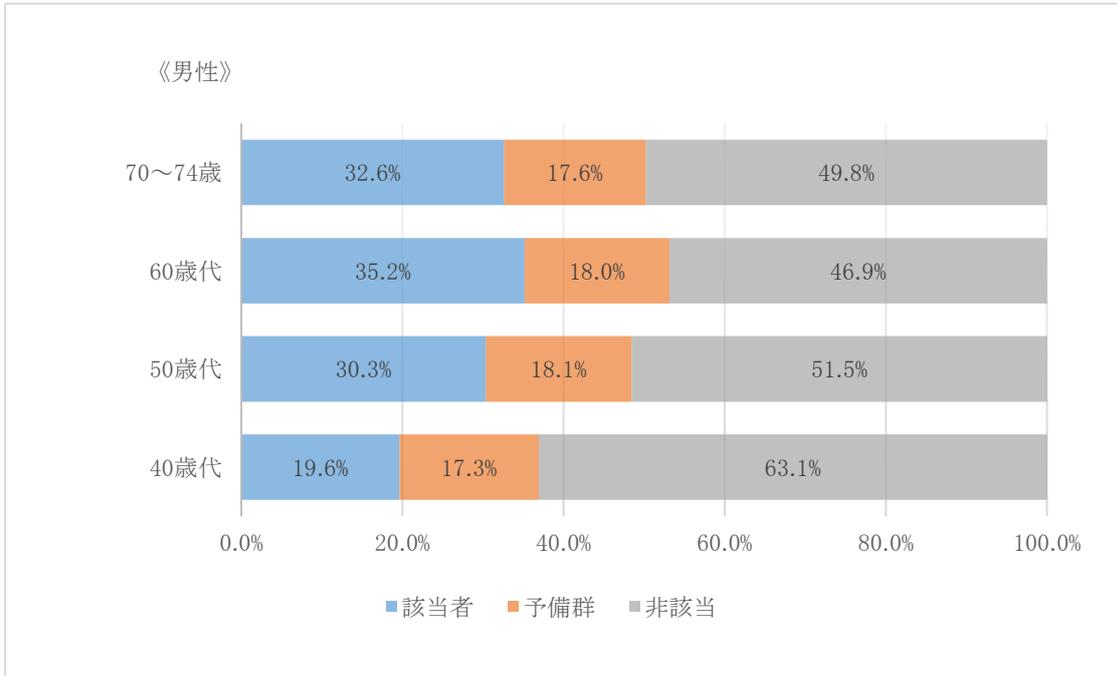


◆メタボリックシンドローム「非該当」の者には維持を、「該当者・予備群」の者には改善を促していくことに加え、特に変化の大きい「40 歳代の男性」に対する重点的な支援が必要である。

【図 19】メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合（全体）図



【図 20】 性別・年代別メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合[令和 4 年度]



5 特定健康診査受診者の有所見者（所見ありの者）の状況

- ◇全ての項目において、女性より男性の方が有所見者の割合が高い。
- ◇年代別で見ると、年代が上がるにつれて「収縮期血圧」及び「HbA1c」の有所見者の割合が急増している。



- ◆医療費（中分類）の生活習慣病のうち上位に位置（P14 図 11 参照）し「腎不全」、「高血圧性疾患」及び「糖尿病」の原因となる、「中性脂肪」及び「HDLコレステロール」の有所見者の割合が多い。健診で異常を早期発見し、生活習慣の改善による発症予防や早期治療の開始による重症化予防を行うことで、対象者の身体的・経済的負担の軽減と医療費の抑制につなげることができる。

【表 10】 特定健康診査受診者の有所見者の割合 [R4 年度]

区分	摂取エネルギーの過剰				血管を傷つける			
	腹囲	中性脂肪	ALT (GPT)	HDLコレステロール	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧
東京都	34.4%	20.1%	14.1%	3.7%	23.9%	49.0%	43.8%	20.1%
うち男性	56.8%	28.2%	21.2%	73.0%	30.7%	50.5%	47.7%	25.4%
うち女性	18.4%	14.3%	9.0%	1.1%	19.2%	47.9%	40.9%	16.3%
府中市	34.9%	21.8%	13.9%	4.3%	21.9%	47.8%	41.8%	18.7%
うち男性	56.2%	28.6%	19.6%	8.3%	28.2%	51.6%	45.4%	22.4%
40歳代	48.8%	31.7%	31.7%	9.4%	13.5%	24.8%	26.1%	20.4%
50歳代	57.4%	34.6%	28.7%	7.9%	21.8%	38.3%	34.1%	27.8%
60歳代	57.7%	29.1%	19.6%	7.9%	29.3%	51.6%	46.1%	25.0%
70～74歳	56.9%	26.0%	14.9%	8.6%	31.8%	60.1%	51.4%	19.5%
うち女性	19.4%	16.8%	8.9%	1.3%	18.4%	47.2%	41.4%	16.0%
40歳代	11.3%	10.3%	7.4%	1.4%	5.3%	15.1%	13.1%	8.2%
50歳代	18.5%	15.4%	11.0%	1.3%	11.8%	35.3%	26.0%	15.1%
60歳代	19.8%	17.3%	10.0%	1.1%	17.8%	46.8%	38.7%	17.6%
70～74歳	20.5%	17.5%	7.8%	1.4%	22.2%	55.0%	51.2%	16.0%

出典：国保データベース（KDB）システム 健診有所見者状況

II 特定保健指導

1 特定保健指導実施率

(1) 事業実施状況

- ◇特定健康診査における検査結果が、国の定める基準階層化に該当した者を対象として事業委託により実施している。特定健康診査受診の約3か月後から、保健指導レベルに応じ、3か月又は6か月の支援を行う。
- ◇令和4年度より、特定保健指導の対象者のうち携帯電話番号の確認ができた者に対し、SMSによる勧奨通知を実施している。
- ◇対象者への案内通知にある二次元コードから、オンライン申請ができるようになっている。

(2) 現状実績

- ◇特定保健指導実施率は年々低下しており、国の目標である60パーセントを達成するために設けた目標値を大きく下回っている。また、多摩地域全体の実施率との格差も広がってきている。(表11)
- ◇特定保健指導の対象者割合は、特定健康診査受診者の約10パーセントとなっている。(表11)
- ◇支援内容別で見ると、積極的支援より動機付け支援の方が実施率が高くなっている。(表12) また、新規対象者と継続対象者を比べると、新規対象者の方が高い参加率となっている。(図21)



- ◆特定健康診査は高い受診率を維持しているのに対し、特定保健指導の実施率は低迷している。特定健康診査の案内時から、特定保健指導の必要性や実施による効果の周知を図るなど、実施者数の向上に向けた取組が必要である。

【表11】 特定保健指導実施率（法定報告使用数値による）

区分	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
対象者数(人)	2,071	2,038	1,896	1,792	1,575
対象者割合	11.0%	11.1%	11.5%	11.1%	10.3%
修了者数(人)	269	208	155	122	151
実施率	13.0%	10.2%	8.2%	6.8%	9.6%
東京都実施率	15.3%	13.9%	14.2%	13.8%	-
多摩地域実施率	17.0%	15.7%	15.5%	14.8%	-
目標値	20%	22%	24%	20%	22%

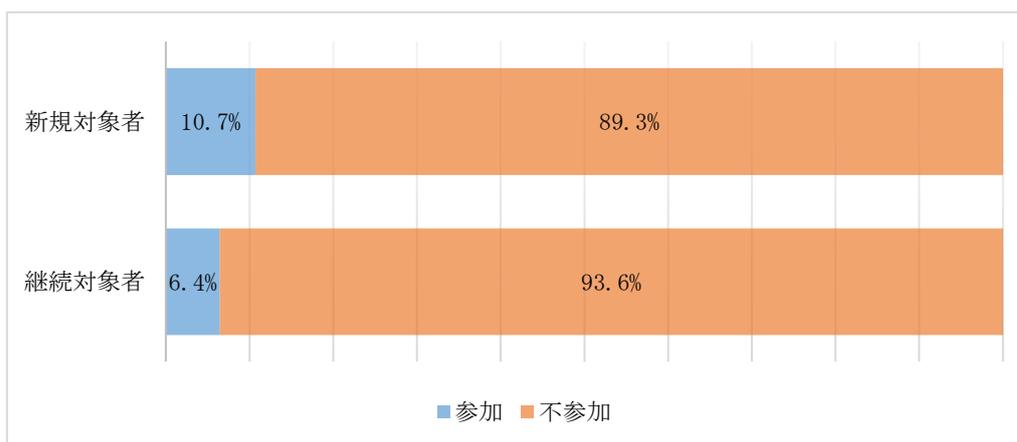
※対象者割合…特定健康診査受診者に対する特定保健指導対象者数の割合

※多摩地域…東京都内の区部と島しょ部を除いた市町村部

【表 12】 支援内容別実施率（法定報告使用数値による）

区分		H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
動機付け支援	対象者数(人)	1,517	1,533	1,431	1,334	1,187
	修了者数(人)	234	180	465	108	123
	実施率	15.4%	11.7%	9.4%	8.1%	10.4%
積極的支援	対象者数(人)	554	505	465	458	388
	修了者数(人)	35	28	20	14	28
	実施率	6.3%	5.5%	4.3%	3.1%	7.2%

【図 21】 特定保健指導参加者の内訳 [R3 年度]



※新規対象者…初めて特定保健指導の対象となった者

※継続対象者…令和2年度にも特定保健指導の対象になっていた者

2 特定保健指導による効果

◇実施効果としては、体重、腹囲及びBMIの全ての身体的変化に改善が見られる。食習慣及び運動習慣においても、積極的支援・動機付支援とも参加者の行動変容への意識が向上している。(図22)

また、特定保健指導の実施前と実施後を比較すると、腹囲及びBMIにおけるメタボリックシンドロームの非該当者の割合が増加している。(表13)

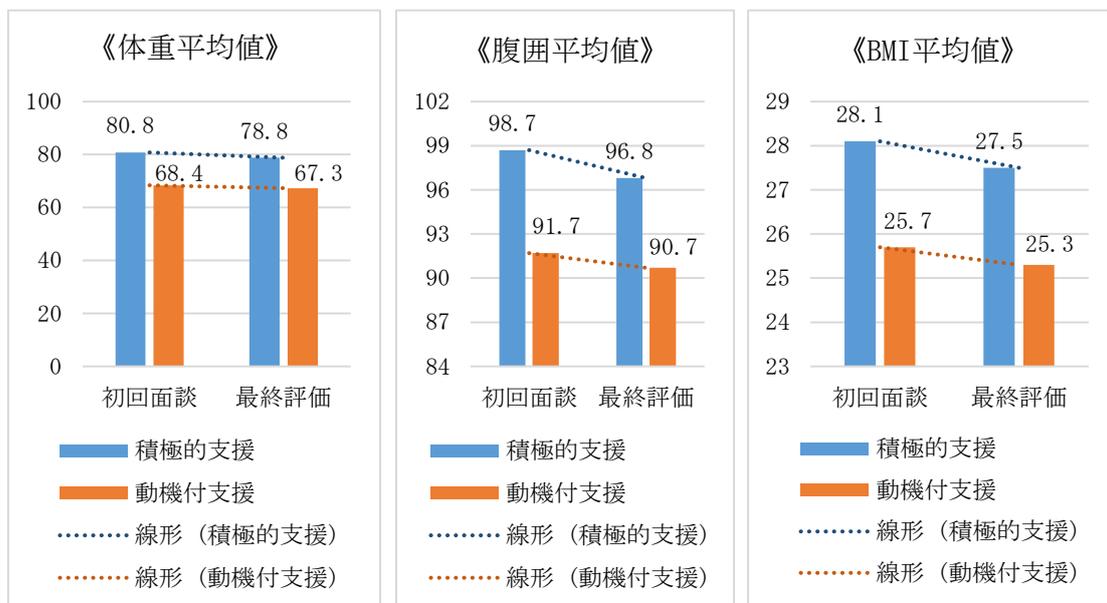
◇特定保健指導参加者は、約8割の方が「改善」又は「維持」ができており、不参加者と比べるとどちらの割合も高くなっている。また、翌年度の健診未受診者も不参加者と比べると少なくなっている。(図23)



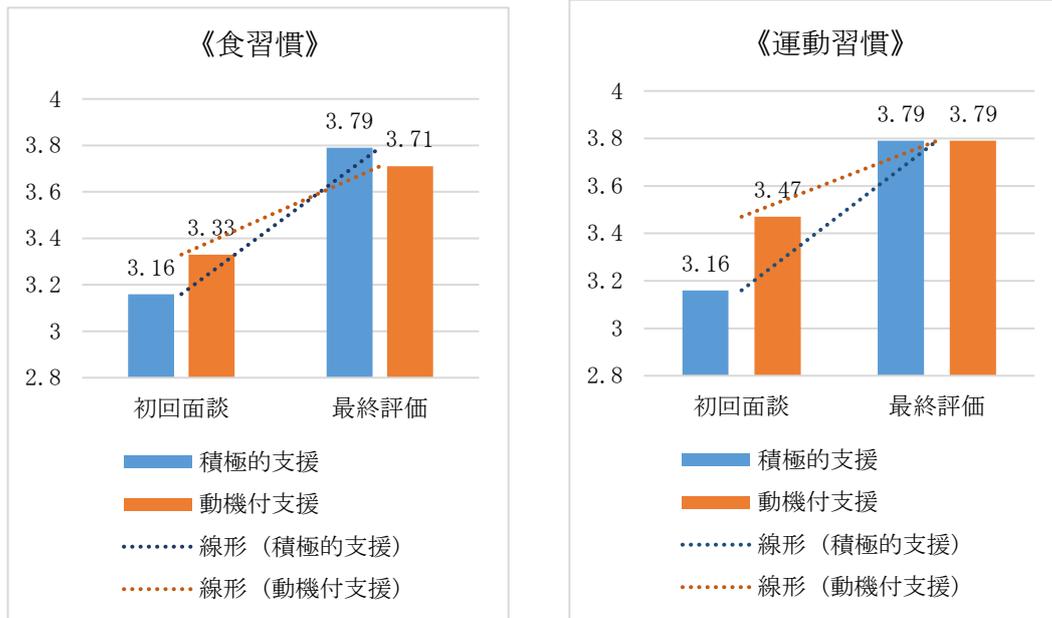
- ◆特定保健指導への参加は、身体・意識の両面に効果があり、メタボリックシンドロームの改善及び生活習慣病の発症・重症化予防が期待できる。
- ◆特定保健指導実施者をメタボリックシンドローム「該当者・予備群」から「非該当」に移行することができている一方、全体を見ると平成30年度から、メタボリックシンドローム「該当者・予備群」の割合はほとんど変わっていない(P26 図19参照)ことから、「非該当」の者がメタボリックシンドローム「該当者・予備群」へと移行することを防ぐ対策を検討する必要がある。

【図22】特定保健指導実施者の変化 [R3年度実施者]

《身体的変化》



《行動変容ステージ》



※行動変容ステージの指数 <数字が大きいほど改善に向けての意識が高い>

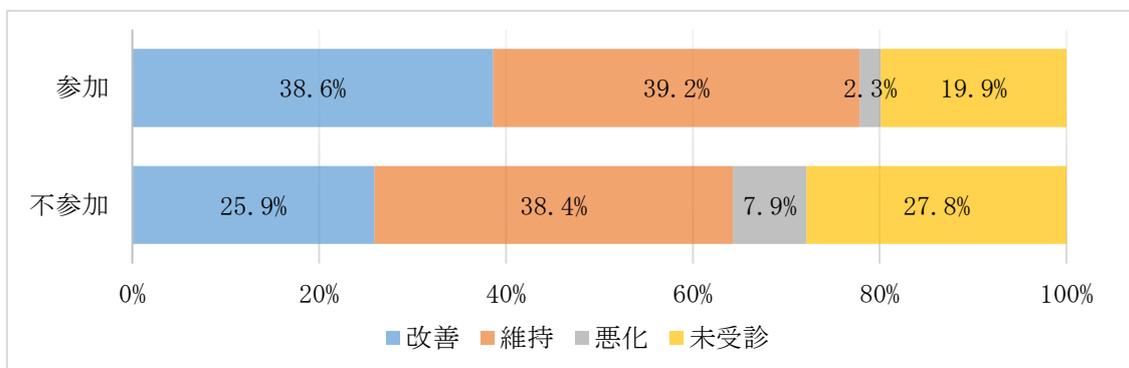
- 1: 実行するつもりがない
- 2: 実行しようかと考えつつも迷っている
- 3: 近いうち (1 か月以内) 実行するつもりである。又は、実行し始めた。
- 4: すでに実行している。(6 か月未満)
- 5: すでに実行している。(6 か月以上)

【表 13】 腹囲及びBMIによるメタボリックシンドローム非該当率

区分	実施前	実施後
腹 囲	12.8%	33.6%
BMI	40.8%	49.6%

出典：東京都国民健康保険団体連合会外付けシステム 健診・保健指導の状況より

【図 23】 特定保健指導参加者の翌年度の結果



※令和 2 年度特定保健指導対象者のうち、翌年度も特定健康診査の対象となった者を対象とする。

※特定保健指導判定値を基準に、リスク数・服薬状況から効果を判定している。

【表 14】 特定保健指導実施内容別、有所見者の状況の変化

<動機付け支援>

区分		摂取エネルギーの過剰		血管を傷つける				
		腹囲 (cm)	中性脂肪 (mg/dl)	HDL コレステロール (mg/dl)	空腹時血糖 (mg/dl)	HbA1c (%)	収縮期血圧 (mmHg)	拡張期血圧 (mmHg)
R3	指導開始時	91.6	144.0	59.3	98.8	5.6	134.3	80.5
	R4 受診時	89.2	114.8	64.6	95.9	5.6	129.5	78.3
R2	指導開始時	91.8	146.3	57.7	99.2	5.6	134.6	80.6
	R3 受診時	91.1	156.1	57.4	99.8	5.6	132.9	79.8
R1	指導開始時	91.6	146.1	57.8	98.4	5.7	132.3	79.1
	R2 受診時	91.4	123.7	60.7	97.1	5.6	131.4	78.2
H30	指導開始時	91.3	148.0	56.6	97.6	5.7	132.9	79.1
	R1 受診時	89.7	133.8	58.7	97.2	5.7	130.0	78.6

<積極的支援>

区分		摂取エネルギーの過剰		血管を傷つける				
		腹囲 (cm)	中性脂肪 (mg/dl)	HDL コレステロール (mg/dl)	空腹時血糖 (mg/dl)	HbA1c (%)	収縮期血圧 (mmHg)	拡張期血圧 (mmHg)
R3	指導開始時	94.2	211.1	52.4	108.2	5.8	132.6	83.8
	R4 受診時	96.1	180.3	51.0	111.8	6.2	128.2	82.2
R2	指導開始時	95.0	237.8	51.0	106.1	5.8	133.1	84.0
	R3 受診時	95.9	182.5	55.3	106.7	5.9	127.1	79.6
R1	指導開始時	94.3	209.8	50.0	104.0	5.8	132.8	83.4
	R2 受診時	98.9	163.8	53.1	98.0	5.7	133.3	83.6
H30	指導開始時	90.8	146.8	57.0	98.4	5.6	131.1	78.3
	R1 受診時	94.2	166.8	56.4	95.9	5.7	129.3	81.9

出典：国保データベース（KDB）システム 保健指導群と非保健指導群の経年比較

Ⅲ その他の保健事業

1 糖尿病性腎症重症化予防事業

(1) 事業実施状況

- ◇特定健康診査の検査値とレセプトの治療状況をもとに特定した対象者に対し、保健師、看護師等の専門職が6か月または3か月の面談及び電話により、食事、運動、服薬管理等の指導を行う。
- ◇対象者は、人工透析導入前の糖尿病性腎症患者のうち、優先順位の高い被保険者とする。
- ◇令和3年度から、対象者の負担感軽減を考慮し保健指導期間を短縮した3か月コースを新規追加した。
- ◇令和5年度より、糖尿病性腎症患者の通院者が多い医療機関に対し、事業についての個別説明を行い、指導に必要な「生活指導内容の確認書」の作成に係る文書料を支払うこととした。医療機関との連携を強化することで、事業実施率の向上を図る。

(2) 現状実績

- ◇令和4年度において、申込後の辞退者は6か月コースでは10人中2人あったが、自己都合による辞退者はなかった。(表16)
- ◇糖尿病性腎症Ⅲ期(顕性腎症期)に当たる病状にもかかわらず、事業開始時は病気への関心が低い、又は必要な行動がとれていない者が約2割いたが、指導修了後には、その全員を「医療機関からの指示を実践している。」又は「自分でできることを実行している。」の状態に移行することができた。(図24)
- ◇事業不参加者のうち、3名が新規に透析移行した。(表17)
- ◇実施率は、3か月コース・6か月コースとも目標値である10%に達せず、また、事業参加者の修了率も年々減少傾向にある。



- ◆指導修了者の透析への移行状況や糖尿病に対する病識の変化から、一定の事業効果が見られることに加え、指導により改善された生活習慣が継続できれば、長期的に見て医療費の抑制が期待できる。
- ◆事業参加者の修了率改善に向けて、申込者増加への取組と脱落者・中断者への対策が必要である。事業内容を丁寧に説明するとともに、主治医の協力が得られるよう連携を強化することが重要である。
- ◆対象者の中には、病識の低い者も多く存在することが分かったため、個々の病状・病識に合わせた、より細やかな指導の実施に留意しなければならない。

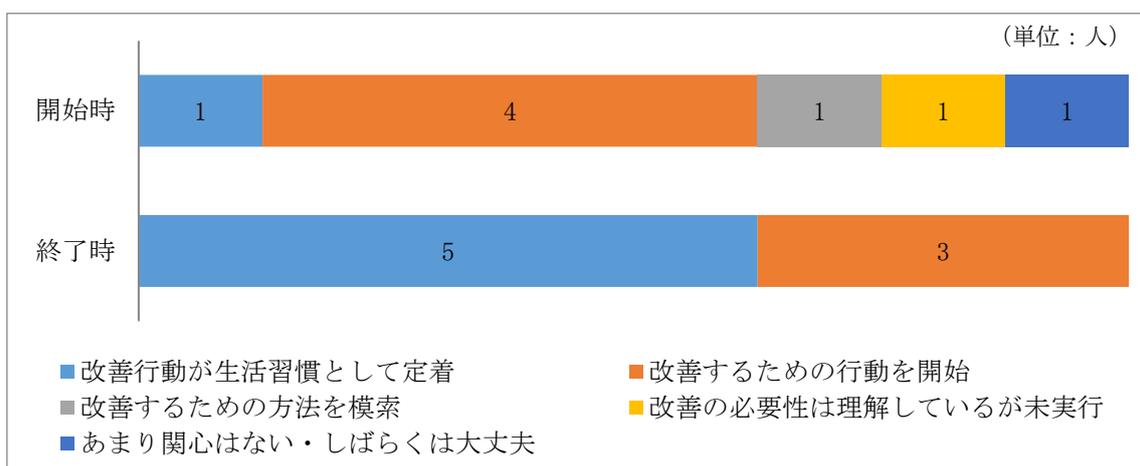
【表 15】糖尿病性腎症重症化予防事業<6 か月コース>の実施状況 [H30～R4 年度]

年度	対象者数	申込者数	申込率	初回面談実施者数	修了者数	修了率
R4 年度	318 人	10 人	3.1%	9 人	8 人	2.5%
R3 年度	276 人	11 人	4.0%	11 人	9 人	3.3%
R2 年度	371 人	27 人	7.3%	17 人	16 人	4.3%
R1 年度	355 人	28 人	7.9%	25 人	23 人	6.5%
H30 年度	386 人	29 人	7.5%	26 人	23 人	6.0%

【表 16】辞退理由 [R4 年度]

《初回面談辞退》		《継続支援辞退》	
医師の同意が得られなかった	1 人	入院のため	1 人

【図 24】糖尿病に対する病識の変化[R4 年度]



【表 17】透析への移行状況 [R4 年度]

区分	人数	透析移行人数
指導修了者	8 人	0 人
途中辞退者	2 人	0 人
不参加者	308 人	3 人

【表 18】糖尿病性腎症重症化予防事業<3 か月コース>の実施状況 [R3・R4 年度]

年度	対象者数	申込者数	申込率	初回面談実施者数	修了者数	修了率
R4 年度	84 人	5 人	6.0%	5 人	5 人	6.0%
R3 年度	107 人	6 人	5.6%	6 人	6 人	5.6%

※3 か月コースは、R3 年度から新規実施

2 健診異常値放置者受診勧奨事業

(1) 事業実施状況

◇特定健康診査結果において、血圧、脂質、血糖の検査項目のいずれかが受診勧奨域にあり、健診受診後の一定期間に生活習慣病関係のレセプトがない者を対象に医療機関への受診勧奨を行う。

(2) 現状実績

◇受診勧奨通知の発送後に医療機関を受診する者の割合は平成 30 年度と比べ 23.8%の増加となってきている。



◆受診勧奨を行い、生活習慣病罹患に移行する可能性のある者の行動変容を促し、医療につなげることにより、早期治療の開始による QOL（生活の質）の向上と長期的な医療費抑制が期待できる。

受診率が増えてきてはいるが、いまだ受診勧奨を行った者の約半数が未受診であることから、より行動変容を促すことができる工夫を行い、さらに事業の質を高める必要がある。

【表 19】健診異常値放置者受診勧奨事業の実施状況[H30～R4 年度]

年 度	効果測定対象者	受診者	受診率
R4 年度	398 人	177 人	44.5%
R3 年度	403 人	182 人	45.2%
R2 年度	382 人	79 人	20.7%
R1 年度	384 人	91 人	23.7%
H30 年度	381 人	79 人	20.7%

※効果測定対象者…受診勧奨通知発送者のうち、効果測定まで継続して府中市国民健康保険に加入していた者

※受診者…初めての受診が受診勧奨通知後であり、通知の効果が認められた者

第5章 府中市国民健康保険における保健事業の課題と対策

医療費の状況、保健事業の取組及び特定健康診査からの対象者のグループ分けを踏まえ、府中市国民健康保険における保健事業の課題と対策を次のとおり設定する。

重点課題・対策については、本計画の期間中に継続して取り組むものとする。特に、特定健康診査の受診率向上については、その受診状況及び結果に基づき、保健事業の対象者を抽出することになることから、最重要課題とする。

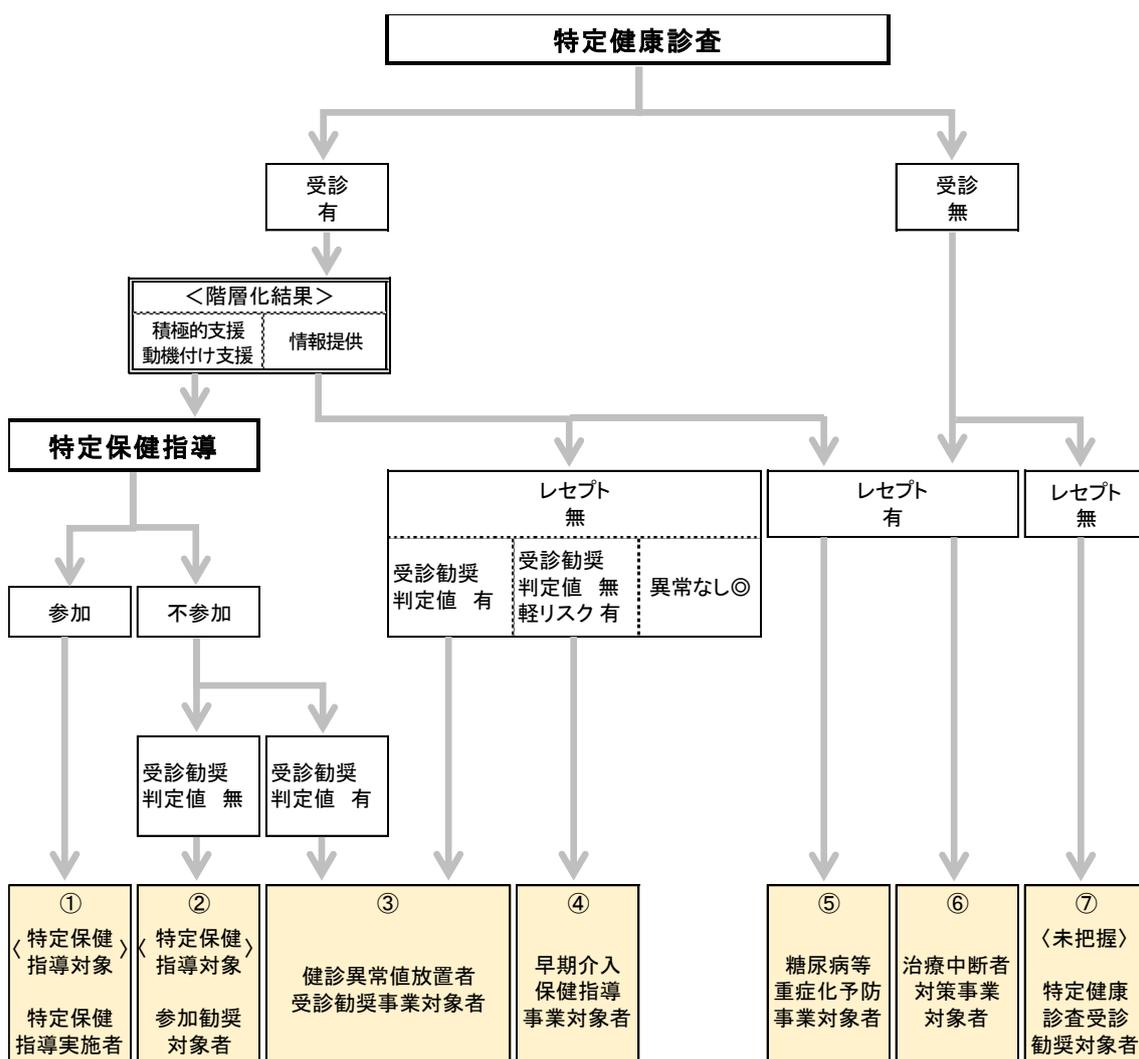
その他の課題・対策については、事業評価や被保険者の状況を踏まえて、優先順位を付けて選択・実施する。

※目標値の設定に係る期間については、次のとおりとする。

短期的目標：単年度（各該当年度）ごとの目標

長期的目標：本計画最終年度（令和11年度）における目標

【図25】 特定健康診査からの対象者のグループ分け



1 重点課題・対策

(1) 特定健康診査受診率の向上 [被保険者全体]

現状と課題	<p>特定健康診査受診率は年々減少傾向にあり、目標を達成できていない。</p> <p>健診結果は、被保険者の健康状況の把握、各保健事業の対象者抽出及び効果的な事業実施のための基盤となるデータであることから、受診率向上に向けたより効果的な対策が必要である。</p>
対策	<p>◇健康診査の実施期間や曜日、時間帯等について関係機関との協議を継続し、健康診査を受けやすい環境づくり</p> <p>◇特定健康診査の受診勧奨</p>
事業概要	<p>「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」に基づき、特定健康診査を実施する。</p> <p>特定健康診査受診券等の通知の工夫、協力医療機関との連携及び対象者の状況に合わせた受診勧奨を行うことにより、「受けやすく・受け忘れない健診」を目指す。</p>
目標	<p>【短期的目標】 受診勧奨・未受診者対策実施者の受診率 前年度比5%向上</p> <p>【長期的目標】</p> <p>① 受診率 59%</p> <p>② メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合 25%減少</p>

(2) 特定保健指導実施率の向上 [図25 ①及び②の対象者]

現状と課題	<p>特定保健指導は、実施による効果があるにもかかわらず、実施率が低く最大限の効果を発揮できていない。</p> <p>対象者自身が生活習慣病の発症予防・重症化予防を行うことができるよう、正しい生活習慣への改善の機会を積極的に提供していく必要がある。</p>
対策	<p>◇特定保健指導を受けやすい環境づくりの検討(特定保健指導開始までに要する期間の短縮等)</p> <p>◇特定保健指導の参加勧奨</p>
事業概要	<p>「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」に基づき、特定保健指導を実施する。</p> <p>委託事業者及び関係課との連携を強化することにより、特定保健指導の丁寧な案内と参加勧奨を行う。また、プログラムや面談手法等の詳細な内容については、先進事例等の情報収集に努め、本市の対象にあった事業展開を目指す。</p>
目標	<p>【短期的目標】 事業実施者の生活習慣改善率 70%</p> <p>【長期的目標】</p> <p>① 実施率 30%</p> <p>② 事業対象者数 10%減少</p>

※生活習慣改善率…指導前と指導後で生活習慣が改善された人数の割合

(3) 被保険者の健康意識の向上 [被保険者全体]

<p>現状と課題</p>	<p>生活習慣病は、正しい生活習慣の積み重ねや健（検）診の受診により、疾病の予防・早期発見・早期治療が可能であるにもかかわらず、医療費の上位を占めている。</p> <p>被保険者一人一人が健康への意識を持ち、生活習慣改善等の主体的な健康づくりに取り組めるような支援体制を整える必要がある。</p>
<p>対策</p>	<p>◇関係課との連携強化 ◇がん検診等の各種健（検）診の情報提供 ◇医療費通知の発送</p>
<p>事業概要</p>	<p>被保険者の実情に合わせた健康情報を提供する。提供する情報は、国民健康保険実施事業に限らず、被保険者にとって有用であるものを広く提供し、健康意識の向上と行動変容を促す。</p>
<p>目標</p>	<p>【短期的目標】 ① 医療費通知の送付 ② 各種送付物への同封による健康情報の提供 【長期的目標】 特定健康診査を始めとする健（検）診の受診率の向上</p>

2 その他の課題・対策

(1) 生活習慣病発症・重症化リスク者への受診勧奨 [図 25 ③の対象者]

現状と課題	<p>健診の結果、医療機関への受診が必要であるにもかかわらず、受診をしない被保険者がいる。</p> <p>未受診が続くことで、生活習慣病の発症や重症化のおそれが高まることから、医療機関への受診を促す介入が必要である。</p>
対策	◇健診異常値放置者への受診勧奨
事業概要	特定健康診査の受診結果に異常値があるにもかかわらず、医療機関への受診が確認できない対象者を特定し、受診勧奨を行う。
目標	<p>【短期的目標】</p> <p>① 医療機関受診率 前年度比 1%増</p> <p>② 健診受診者に占める異常値放置者数の割合 前年度比 1%減少</p> <p>【長期的目標】</p> <p>生活習慣病に対する一人当たり医療費の減少</p>

(2) 軽度リスク者のメタボリックシンドロームへの移行予防

[図 25 ④の対象者]

現状と課題	<p>特定保健指導により、メタボリックシンドローム「該当者・予備群」の者には改善が見られる一方、「非該当」の者がメタボリックシンドローム「該当者・予備群」へと移行することにより、その割合は減少していない。</p> <p>軽度リスク者への早期介入により、特定健康診査の継続受診や生活習慣の改善等を促すなど、健康意識を高め、「非該当」の者がメタボリックシンドローム「該当者・予備群」へと移行することを抑制する必要がある。</p> <p>「非該当」の者がメタボリックシンドローム「該当者・予備群」へ移行すると判断すべき適正な数値基準の範囲など、明確な指針が未確定なため、現在は実施に至っていない。</p>
対策	◇軽度リスク者への意識づけ
事業概要	特定健康診査の結果に応じて、メタボリックシンドローム「非該当」の者のうち、血圧・脂質・血糖のリスク保有者に対し、生活習慣の改善と健診の継続受診による自己管理を促す。
目標	<p>【短期的目標】</p> <p>① 健診受診の意識づけを行う。</p> <p>② 意識づけを行った者の当該年度特定健康診査受診率 90%</p> <p>【長期的目標】</p> <p>メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合 25%減少</p>

(3) 糖尿病等の重症化予防 [図 25 ⑤の対象者]

現状と課題	<p>生活習慣病に起因する糖尿病から腎症に至り、透析が必要となる患者が多い状況にある。</p> <p>糖尿病患者に早期介入し、生活習慣を改善することで重症化を防ぎ、QOL（生活の質）の維持・医療費の抑制に努める必要がある。</p>
対策	◇糖尿病性腎症重症化予防の実施
事業概要	<p>特定健康診査の結果及びレセプトの治療状況から対象者を特定し、対象者個人に3か月または6か月間の指導を行う。指導内容は、食事指導、運動指導、服薬管理等とし、指導修了後も自立して正しい生活習慣を持続できるよう日常に根付いたものとする。</p>
目標	<p>【短期的目標】</p> <p>① 指導実施率 前年度比1%増</p> <p>② 生活習慣改善率 70%</p> <p>【長期的目標】</p> <p>生活習慣病に起因する新規透析患者の増加抑制</p>

(4) 生活習慣病治療中断者対策 [図 25 ⑥の対象者]

現状と課題	<p>生活習慣病は、病状の維持が重要な疾患であり、継続した治療が必要であるが、患者の自己判断により治療を中断するケースがある。</p> <p>治療の中断は、病期の進行や重篤な疾病を引き起こす可能性があることから、医療機関への受診を促す介入が必要である。</p>
対策	◇生活習慣病治療中断者への受診勧奨
事業概要	<p>生活習慣病の治療を受けていたにもかかわらず、一定期間、医療機関への受診が確認できず、治療を中断している可能性のある対象者を特定し、医療機関への受診を促し、重症化の予防を図る。</p>
目標	<p>【短期的目標】</p> <p>① 医療機関受診率 前年度比2%増</p> <p>② 生活習慣病保有者数に占める生活習慣病治療中断者の割合 0.1%減少</p> <p>【長期的目標】</p> <p>生活習慣病に対する一人当たり医療費の減少</p>

(5) 受診行動の適正化 [被保険者全体]

現状と課題	多受診（重複受診、頻回受診及び重複服薬）は、医療費増加の要因になっている。 これらの患者を正しい受診行動に促す指導が必要である。
対策	◇受診行動適正化指導の実施
事業概要	重複受診、頻回受診及び重複服薬と思われる患者に対し、受診行動の改善と疾病の早期回復を支援する。
目標	<p>【短期的目標】</p> <p>① 指導実施率 前年度比 1%増</p> <p>② 指導実施者のうち行動変容した者の割合 前年度比 1%増</p> <p>【長期的目標】</p> <p>一人当たり医療費の減少</p>

※受診行動適正化割合…指導を実施することにより、指導前と指導後で受診行動が適正化された人数の割合

(6) 後発医薬品の普及 [被保険者全体]

現状と課題	後発医薬品普及率は、国目標である 80 パーセントにほぼ近づいている。患者負担の軽減と医療費の削減を図るため、後発医薬品への切替えの推進が提唱されているが、対象者の体質的理由等を考慮しつつ、後発医薬品普及への意識向上による維持に向けた工夫が必要となる。
対策	◇後発医薬品差額通知の発送
事業概要	後発医薬品への切替えが可能な先発医薬品を服用している患者に対し、切替えを促す通知を発送する。
目標	<p>【短期的目標】</p> <p>① 対象者への通知率 100%</p> <p>② 後発医薬品普及率（数量ベース） 80%以上</p> <p>【長期的目標】</p> <p>後発医薬品普及率（数量ベース） 26 市で 5 位以上</p>

第6章 第4期特定健康診査等実施計画

I 目標

計画期間の最終年度である令和11年度までに、特定健康診査受診率59パーセント、特定保健指導実施率17パーセントを達成することを目標とした上で、各年度の目標値を次のとおり設定する。

区分	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健康診査受診率	54%	55%	56%	57%	58%	59%
特定保健指導実施率	12%	13%	14%	15%	16%	17%

II 対象者数等推計

令和6年度から令和11年度までの特定健康診査の対象者数及び受診者数並びに特定保健指導の対象者数及び実施者数について、次のとおり推計する。

【特定健康診査】

区分	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
対象者数	34,158	31,989	30,984	30,307	29,956	29,947
受診者数	18,445	17,594	17,351	17,275	17,376	17,669

※対象者数・・・特定健康診査受診券の発送者数の推計値

※受診者数・・・対象者数×各年度の特定健康診査受診率（目標値）

【特定保健指導】

区分	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度	
対象者数	1,902	1,814	1,789	1,781	1,791	1,822	
内訳	動機付け支援	1,407	1,342	1,324	1,318	1,325	1,348
	積極的支援	495	472	465	463	46	474
実施者数	228	236	251	267	287	310	
内訳	動機付け支援	169	175	185	198	212	229
	積極的支援	59	61	65	70	75	81

※対象者数・・・平成30年度から令和4年度までの特定健康診査の結果を基に算出

※実施者数・・・対象者数×各年度の特定保健指導実施率（目標値）

Ⅲ 実施方法

1 特定健康診査

(1) 実施者

協力医療機関に委託し、実施する。

(2) 実施項目

ア 基本的な健診項目

質問項目	内 容
身体計測	身長、体重、BMI 及び腹囲
理学的所見	身体診察
血圧測定	収縮期血圧及び拡張期血圧
脂質検査	空腹時中性脂肪、HDL コレステロール及び LDL コレステロール
肝機能検査	GOT (AST)、GPT (ALT) 及び γ -GT (γ -GTP)
血糖検査	空腹時血糖又は HbA1c 検査
尿検査	尿糖及び尿蛋白

イ 詳細な健診項目

当該年度の健診結果が次の基準に該当し、かつ、医師が必要と認める者について、詳細な健診を実施する

【検査項目】	【判定基準】
血清クレアチニン	血圧又は血糖値が保健指導判定値以上の者
心電図検査	血圧が受診勧奨判定値以上又は問診等で不整脈が疑われる者
眼底検査	血圧又は血糖値が受診勧奨判定値以上の者
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

(3) 実施時期

毎年、協力医療機関と協議の上で決定する。

(4) 案内方法

対象者には、健診開始日の前月中に特定健康診査の受診券を送付する。受診券には、過去の健診結果を印字し、健診結果への意識を高める。

また、健診の必要性や医療費、生活習慣病に関すること等を記載した情報提供リーフレットを同封し、対象者の受診行動を促す。

(5) 受診方法

対象者は、受診券とマイナンバーカード及び被保険者証（令和 6 年秋以降廃止）等を持参し、市が委託した協力医療機関において健診を受ける。なお、特定健康診査以外の健康診査を受け、その結果を市に提出した対象者は、特定健康診査を受診したものとする。

(6) 受診勧奨

特定健康診査受診率の向上を図るため、受診勧奨を行う。受診勧奨対象者は、次に示すように 4 つのグループに分けられる。優先度の高い対象者グループから、各グループの特性に合わせた受診勧奨を実施する。

	【グループ】	【受診勧奨の方向性】
 高 優先度 低	① 当該年度 40 歳到達者	初めて特定健康診査の対象となるため、健診の必要性や受診方法等について、より丁寧に案内する。
	② 過去数年間、健診を受けたことはあるが継続受診できていない者	過去に受診があることから、「健診に行く」ことへのハードルは高くはないと考えられる。継続受診を促していく。
	③ 医療機関への受診がなく、健診も受けていない未把握者	自身の健康状態を把握し、疾病予防をすることの重要性を伝え、行動変容を促していく。
	④ 健診を受けていないが、加療中の者	未受診の理由を確認する必要がある。理由に合わせた対応が必要となる。

2 特定保健指導

(1) 実施者

特定保健指導実施事業者に委託し、保健指導に係る専門的知識及び技術を有するものにより実施する。

(2) 実施場所

市が指定する場所とする。

(3) 実施時期

特定健康診査の受診の約3か月後から、保健指導レベルに応じて、3か月又は6か月間実施する。

(4) 対象者の抽出

特定健康診査受診者に対して、リスクに基づく優先順位を付け、必要性に応じた保健指導レベル別の支援を実施する（階層化）。

ア 情報提供者

特定健康診査受診者でイに該当しない者

イ 特定保健指導対象者

◇積極的支援

◇動機付け支援

【表 20】 階層化方法

区分	リスク		階層化結果
	①血糖②脂質③血圧	④喫煙歴	
《腹囲》 男性：85 cm以上 女性：90 cm以上	2つ以上該当	なし	積極的支援
	1つ該当	あり	
《BMI》 腹囲が非該当で 25以上	3つ該当	なし	積極的支援
	2つ該当	あり	
	1つ該当	なし	動機付け支援

※上記のリスクについては、血糖(空腹時血糖が100 mg/dℓ以上又はHbA1cが5.6%以上)、脂質(空腹時中性脂肪150 mg/dℓ以上、やむを得ない場合は随時中性脂肪175 mg/dℓ以上またはHDLコレステロール40 mg/dℓ未満)及び血圧(収縮期130 mm Hg以上又は拡張期85 mm Hg以上)を基準とする。

※糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に関わる薬剤を服用している者を除く。

※65歳以上の方は、積極的支援に該当しても動機付け支援の対象とする。

(5) 案内方法

対象者には、特定保健指導利用案内を送付し、申込者には、特定保健指導利用券を発行する。

(6) 参加勧奨

特定健康診査の受診券の発送時から、特定保健指導を含めた事業案内を行い、事業の周知と参加を促す。

また、特定保健指導の対象者への参加勧奨については、SMSの送信や電話での勧奨、年代や性別に応じた特定保健指導の募集ツールの工夫等、より効果的な勧奨方法を特定保健指導実施事業者と検討する。

(7) 事業内容

ア 情報提供

医師から提供された特定健康診査の結果に合わせて、個人の生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供する。

イ 動機付け支援

面接による支援は原則1回とする。面接時から、3か月又は6か月経過後に実績評価を行う。

目的	対象者との面接により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を立てることができるようにするとともに、保健指導終了後、対象者がすぐに実践に移り、その生活が継続できることを目指す。
支援内容	特定健康診査の結果から対象者の生活習慣や行動変容のステージを把握し、対象者の生活習慣の改善を動機付ける支援を行う。 対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に気付き、自ら目標を設定し、行動に移すことができるように促す。

ウ 積極的支援

初回時に面接による支援を、その後3か月以上の継続的な支援を行うとともに、支援終了後に実績評価を行う。

目的	「動機付け支援」に加えて、定期的・継続的な支援により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、目標達成に向けた実践に取り組みながら、支援プログラム終了後には、その生活が継続できることを目指す。
支援内容	<p>特定健康診査の結果から対象者の生活習慣や行動変容のステージを把握し、対象者自らが自分の身体に起こっている変化を理解することを促すとともに、対象者の健康に関する考え方を受け止め、対象者が考える将来の生活像を明確にする。その上で、行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、具体的に実践可能な行動目標を対象者が選択できるように支援する。</p> <p>実施者は、対象者の行動目的を達成するために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に介入する。積極的支援期間の終了後には、対象者が改善した行動を継続するように意識付けを行う必要がある。</p>

府中市国民健康保険保健事業実施計画（第2期）

～特定健康診査等実施計画[第4期]・データヘルス計画[第3期]～

発 行 令和6年 月

編集・発行 府中市市民部保険年金課

〒183-8703 府中市宮西町2丁目24番地

電 話 042-364-4111（代表）

F A X 042-336-7214

ホームページ <https://www.city.fuchu.tokyo.jp/>