

健康課題	目指す姿(目標)	保健事業(目標を達成するための取組み)
------	----------	---------------------

<p>【課題1】</p> <p>健診を受診しておらず、自分の健康状態を把握していない被保険者が多くいる。</p>	<p>【目指す姿1】</p> <p>自身の健康状態を把握し、健康意識を高めることができる。</p>	<p>1 特定健診受診率向上対策</p> <p>①受診勧奨:対象者の特性に合わせ、未受診者へ勧奨を行う(文書・電話・SMSなど) ②広報活動:ポスターやリーフレットによる啓発を行う ・啓発場所の拡大:健診協力医療機関外の機関へ健診のポスター掲示を依頼する。 ③健診データの収集:職場健診や人間ドック(自費)・JA健診を利用した健診データを取得する ④健診を受けやすい環境や仕組みづくりの検討 ・健診受診者に対するインセンティブの検討 ・一日人間ドック費用助成および特定健診費用負担のあり方の検討</p>
<p>【課題2】</p> <p>メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合が増加しており生活習慣の改善を促す必要がある。</p>	<p>【目指す姿2】</p> <p>特定保健指導を利用することで、生活習慣病の発症リスクが高い健康状態を改善することができる。</p>	<p>2 特定保健指導実施率向上対策</p> <p>①特定保健指導の利用勧奨:電話や手紙による利用勧奨を行う ②利用環境の整備(民間事業者の活用):情報通信技術(ICT)を活用した特定保健指導の推進 ・ICT(ウェアラブル端末)を活用した特定保健指導の実施人数を拡大する(R6 90人、R7 120人) ③特定保健指導を利用していない方に対する再勧奨を民間委託し、利用勧奨及び特定保健指導の実施人数を拡大する ④特定保健指導実施者の研修会の開催</p>
<p>【課題3】</p> <p>死亡や介護が必要となる要因として、心疾患・脳血管疾患の割合が高いため、適切な医療につなげることと生活習慣の改善を促す必要がある。</p>	<p>【目指す姿3】</p> <p>定期的な通院と生活習慣の改善に取り組む事で、糖尿病・高血圧症・脂質異常症・腎機能を適切に管理し、心疾患・脳血管疾患・糖尿病の合併症(糖尿病性腎症)の発症を予防することができる。</p>	<p>3 糖尿病性腎症重症化予防対策</p> <p>①要治療者への受療勧奨 <small>【対象:空腹時血糖126mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上かつeGFR60未満又は尿蛋白±以上 *ハイリスク者:HbA1c8.0%以上】</small> 健診結果で要治療者のうち、医療機関未受診の者に通知・電話・訪問による受療勧奨を実施する</p> <p>②保健指導 糖尿病性腎症の、重症化リスクの高い者に対して、管理栄養士や保健師などの専門職がかかりつけ医と連携して保健指導を実施する ・保健指導実施時期の見直し:健診受診後半年以内を目安に保健指導を実施できるよう体制を構築する。 ・病期による優先順位は設けず対象者全員に通知を行う</p> <p>③治療中断者への受療勧奨 糖尿病の治療を中断している可能性のある者に対して、受療勧奨及び保健指導を実施する ・他機関との連携体制:経済的な理由や精神的な疾患により医療機関を受診できない対象者の支援が円滑化するよう、庁内及び各関係機関との連携体制を構築する</p> <p>4 CKD(慢性腎臓病)対策</p> <p>①要治療者への受療勧奨 <small>【対象:尿蛋白+以上、eGFR45~60未満かつ尿蛋白±以上 *ハイリスク者:eGFR45未満】</small> 健診結果で要治療者のうち、医療機関未受診の者に通知・電話・訪問による受療勧奨を実施する</p> <p>5 心疾患・脳血管疾患対策</p> <p>①要治療者への受療勧奨 <small>【対象:(1)3項目:血糖値(空腹時血糖126mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上)+血圧(収縮期140mmHg以上・拡張期90mmHg以上)+脂質(中性脂肪300mg/dl以上LDL-C140mmHg以上)、(2)血圧:収縮期160以上・拡張期100mmHg以上、(3)血糖:空腹時血糖126mg/dl以上HbA1c6.5%以上、(4)脂質:中性脂肪500mg/dl以上またはLDL-C180mg/dl以上 *ハイリスク者:HbA1c8.0%以上】</small> 健診結果で要治療者のうち、医療機関未受診の者に通知・電話・訪問による受療勧奨を実施する</p>

第3期千葉市国民健康保険データヘルス計画（令和6年度～令和11年度） 保健事業（案）

○ 評価指標（健康課題がどの程度解決されているか評価する指標）

NO	評価指標	単位	計画策定時の実績	第3期データヘルス計画 目標					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
評価指標									
1	特定健康診査受診率	%	33.1	38.5	40.0	41.5	43.0	44.5	46.0
2	特定保健指導実施率	%	19.8	23.0	24.5	26.0	27.5	29.0	30.5
評価指標（目標値は設定せず計画策定時の実績（R4）と比較し数値の推移を確認する）									
3	メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合	%	30.7	R4と比較し、減少					
4	受療勧奨対象者のうち、医療機関受診割合	%	37.7	R4と比較し、増加					

〔データ元〕：N01,2,3:法定報告値 N04:受療勧奨者名簿より集計

○ モニタリング指標（目標値は設定せず、数値の推移を確認する）

NO	評価指標	単位	計画策定時の実績(R4)	
1	健康寿命(平均自立期間・要介護2以上)	歳	男 80.04 (R2) 女 84.78 (R2)	
2	1人当たりの医科医療費(入院)(年度内の平均)	円	9,296	
3	1人当たりの医科医療費(外来)(年度内の平均)	円	16,457	
4	特定健診	特定健診受診率(40代)	% 16.6	
5		特定健診受診率(50代)	% 20.9	
6		特定健診受診率(60代)	% 36.1	
7		特定健診受診率(70～74歳)	% 42.2	
8		特定健康診査継続受診率(2年連続健診受診者)	% 82.4	
9		特定健診質問票	1回30分以上の運動習慣がない人の割合	% 55.3
10			1日1時間以上の運動なしの人の割合	% 45.2
11			週3回以上就寝前に夕食をとる人の割合	% 14.7
12	朝昼夕3食以外に間食や甘い飲み物をとる人の割合(毎日・時々)		% 78.2	
13	週3回以上朝食を抜く人の割合		% 10.2	
14	50歳以上74歳以下における咀嚼良好者の割合		% 81.2	
15	65歳以上74歳以下のうち、BMI20以下の割合	% 20.0		
16	特定保健指導	%	10.7	

NO	評価指標	単位	計画策定時の実績(R4)	
17	生活習慣病の重症化予防	特定健診有所見者割合 BMI(25以上)	% 26.0	
18		特定健診有所見者割合 血圧(収縮期130mmHg以上)	% 45.9	
19		特定健診有所見者割合 血圧(拡張期85mmHg以上)	% 20.6	
20		特定健診有所見者割合 脂質(HDL-C40mg/dl未満)	% 3.1	
21		特定健診有所見者割合 脂質(中性脂肪150mg/dl以上)	% 20.5	
22		特定健診有所見者割合 血糖(HbA1c5.6%以上)	% 55.0	
23		特定健診有所見者割合 血糖(HbA1c6.5%以上)	% 8.9	
24		特定健診有所見者割合 血糖(HbA1c8.0%以上)	% 1.2	
25		健診結果で要治療者のうち、未治療者割合(糖尿病性腎症)	% 28.8	
26		健診結果で要治療者のうち、未治療者割合(CKD)	% 25.2	
27		健診結果で要治療者のうち、未治療者割合(血圧・脂質・血糖)	% 33.0	
28		糖尿病の有病割合(40～74歳)	% 13.3	
29		高血圧の有病割合(40～74歳)	% 22.7	
30		新規人工透析患者数(国保5年以上継続加入者)	人	65

〔データ元〕 N01:令和5年3月「健やか未来都市ちばプラン最終報告書」 N02,3:KDB「市町村データ」 N04,5,6,7,15:法定報告値 N08,14,22,23:健診実績値より集計 N09,10,11,12,13:KDB「質問票調査の状況」より集計
N016,17,18,19,20,21:KDB「様式5-2健診有所見者状況」 N024,25,26:受療勧奨者名簿より集計 N027: KDB「様式3-2糖尿病のレセプト分析」 N028: KDB「様式3-3高血圧のレセプト分析」 N029:「特定疾病療養受療証(人工透析が必要な慢性腎不全)」により集計