

第3期データヘルス計画

令和6年度～令和11年度

令和6年3月



藤枝市

Fujieda City

目次

I 基本的事項	1
背景と目的	
計画の位置づけ	
計画期間	
実施体制・関係者連携	
基本情報	
現状の整理	
II 健康・医療情報等の分析と課題	3
平均寿命等	
医療費の分析	
特定健康診査・特定保健指導の分析	
レセプト・健診結果等を組み合わせた分析	
介護費関係の分析	
その他	
III 計画全体	4
健康課題	
計画全体の目的・目標／評価指標／現状値／目標値	
保健事業一覧	
戦略シート	
IV 個別事業計画	6
1 特定健康診査（第4期特定健康診査等実施計画）	
2 特定保健指導（第4期特定健康診査等実施計画）	
3 重症化予防事業	
4 食育推進講座	
5 総合型予防教室事業（アクティブシニア大学）	
6 後発医薬品啓発事業	
7 こども健康チャレンジ事業	
8 ふじえだ健康マイレージ	
V その他	14
データヘルス計画の評価・見直し	
データヘルス計画の公表・周知	
個人情報の取扱い	
地域包括ケアに係る取組	
その他留意事項	
図表等	15

第3期データヘルス計画

I 基本的事項

計画の趣旨	背景と目的	平成25年に閣議決定された「日本再興戦略」において、国民の健康寿命の延伸のための予防・健康管理の推進に資する新たな仕組みづくりとして、保険者による「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組が求められることとなった。また、同時に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針）」では、健康なまちづくりに資する仕組みとして市町村による「データヘルス計画」が位置づけられた。こうした背景を踏まえ、平成26年に「保健事業の実施等に関する指針」の一部改正等が行われ、保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的に保健事業を実施するための「データヘルス計画」を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなった。平成30年には都道府県が共同保険者となり、政府は地域の健康課題の解決を目的として、令和2年にはデータヘルス計画の標準化等の取組の推進、令和4年には保険者共通の評価指標の設定の推進が掲げられた。今般、これらの経緯も踏まえ、第3期データヘルス計画を策定した。
	計画の位置づけ	本市では、効果的な保健事業の実施による市民の健康増進を目的に「第3期 藤枝市データヘルス計画」を策定し、実施する。健康・医療情報を活用して地域の健康課題を抽出し、庁内の関連部署や地域の関係機関等と連携して地域の健康課題の解決に努める。なお、「第3期 藤枝市データヘルス計画」は、厚生労働省が推進するデータヘルス計画の都道府県レベルでの標準化を踏まえ、静岡県から提供された「データヘルス計画標準化ツール」を使用しつつ、第1期・第2期と同様上位計画である「第3期 元気ふじえだ健やかプラン」（健康増進法に基づく全市民対象の保健計画）を基に策定した。また、第2期データヘルス計画を踏襲し、特定健康診査等実施計画（第4期）を内包する形式で同時に策定した。
計画期間		令和6年度～令和11年度
実施体制・関係者連携	庁内組織	本計画の策定および保健事業の運営においては、国保年金課及び健康推進課の2課が主体となって進める。
	地域の関係機関	本計画の策定および保健事業の運営においては、地域の関係機関として、志太医師会・藤枝歯科医師会・藤枝薬剤師会その他地域の関係団体との連携により進める。

(1) 基本情報

人口・被保険者		被保険者等に関する基本情報				(2023年3月31日時点)	
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)		141,857		69,305		72,552	
国保加入者数(人) 合計		27,053	100%	12,898	100%	14,155	100%
0~39歳(人)		4,961	18%	2,640	20%	2,321	16%
40~64歳(人)		7,978	30%	3,954	31%	4,024	29%
65~74歳(人)		14,114	52%	6,304	49%	7,810	55%
平均年齢(歳)		56.6		55.2		57.9	

地域の関係機関	計画の実効性を高めるために協力・連携する地域関係機関の情報
	連携先・連携内容
保健医療関係団体	特定健診部会をはじめ保健事業にかかる部会を必要に応じて開催・各事業実施に対しアドバイスをいただくなど、保健事業の質的向上のため志太医師会・藤枝歯科医師会と連携している。
国保連・国保中央会	特定健診・特定保健指導のデータに関して連携する。
後期高齢者医療広域連合	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において連携して実施する。
その他	保健事業の周知・啓発・実施について、藤枝市保健委員連絡協議会、藤枝市食育ネットワーク会議、藤枝市健康づくり推進会議等と連携して実施する。

(2) 現状の整理

保険者の特性	被保険者数の推移	令和4年度の被保険者数は27,053人であり、平成30年度の31,249人から年々減少傾向にある。
	年齢別被保険者構成割合	令和4年度は39歳以下が18.1%（県平均20.7%）、40-64歳が29.7%（県平均31.1%）、65-74歳が51.4%（県平均48.3%）であり、県平均よりも64歳以下の割合が低く、65-74歳の割合が高い。
	その他	赤石山系の森林地帯から、南は大井川にまで広がり、コンパクトシティを目指す中心市街地の賑わいと自然豊かな中山間地域がある。特に山間部の地域では高齢化が著しく、65歳以上が35%を占める地域は10地区中4地区に及び。
前期計画等に係る考察	第2期のデータヘルス計画では、一次予防を重視した健康づくりを進めるため、特定健診・特定保健指導を実施した。しかし、令和2、3年度は、新型コロナウイルス感染症流行の影響により、受診率が大幅に低下、令和4年度現在も回復途中であるため、第3期も引き続き重点事業とする。二次予防である重症化予防事業も、対象者に応じた保健指導等を引き続き実践をしていく。 あわせて、第2期は市民が自らの健康について考え、生活習慣の改善に取り組めるような事業（こどもチャレンジ事業や食生活推進事業等）を推進してきた。第3期についても、ライフコースアプローチを踏まえ、継続した健康づくりを推進したい。	

II 健康・医療情報等の分析と課題

分類	健康・医療情報等のデータ分析から見えた内容	参照データ	対応する健康課題 No.	
平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比 等	<ul style="list-style-type: none"> ●平均余命は、男性82.4歳、女性88.2歳。男女とも県平均より長い。(令和4年度) ●平均自立期間は、男性80.8歳、女性85.0歳。男女とも県平均と同水準。(令和4年度) 	【図表1】KDB 平均寿命・平均自立期間(単年)	C	
医療費の分析	医療費のボリューム(経年比較・性年齢階級別等)	<ul style="list-style-type: none"> ●加入者は減少傾向にあるが、(一人当たり)医療費(医科)は増加傾向にある。令和4年度の一人あたり医療費(医科)は28,381円で全国平均(29,043円)、県平均(28,853円)よりも低い水準である。 ●一人あたり医療費(歯科)は2,085円で全国平均(2,211円)、県平均(2,009円)とほぼ同水準である。 ●外来の受診率は県を上回っているが、1件当たりの医療費は低い水準である。 	【図表2】KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	A・B・C
	疾病分類別の医療費	<ul style="list-style-type: none"> ●疾病分類別医療費の割合は、がん(33.3%)、筋・骨格(16.9%)、精神(13.2%)、糖尿病(10.7%)の順に多い。県と比較してもほぼ同じ傾向となっている。 ●1件あたりの入院医療費は心疾患(1,006,069円)、脳血管疾患(830,871円)、高血圧(804,430円)、腎不全(763,795円)、悪性新生物(773,473円)の順に高い。 ●医療費の負担が大きい疾患は、慢性腎不全(透析あり)、糖尿病、関節疾患、高血圧症、不整脈の順で高い。入院における男性の慢性腎臓病(透析あり)は県標準化比が116.8と県を大きく上回っており、女性の骨折は標準化比112.3と県を上回っている。 ●1件あたり入院外医療費は腎不全(115,392円)新生物(65,908円)で高い。 	【図表3】国保医療費の負担が大きい疾患、標準化比	A・B・C
	後発医薬品の使用割合	後発医薬品の使用割合は82.5%(令和4年9月時点)。国の目標値80%を達成している。	国公表データ(毎年9月診療分と3月診療分を公開)	C
	重複・頻回受診・重複服薬者割合	●重複(1以上)処方を受けた者が被保険者全体の0.3%(90人)、多剤処方(6種類以上)を受けた者が13.6%(3,821人)いる。	【図表4】KDB 保健事業介入支援管理/重複・多剤処方の状況	C
特定健康診査・特定保健指導の分析	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	<ul style="list-style-type: none"> ●令和3年度の特定健診の受診率は36.2%(法定報告)であり、コロナ渦で令和2年、3年は低下したが、令和4年は上昇に転じた。(令和4年度は県平均を上回る見込み)特定健診の受診者数は、60代・70代が80%を占め、受診率(男・70~74歳:46.7%、女・70~74歳:50.6%)も他の年代と比べ高い。40代・50代は受診者数が少なく、受診率(男・45~50歳:23.7%、女・50~54歳:33.6%)も低くなっている。男性の受診率がすべての年代で女性より低くなっている。 ●特定保健指導の実施率は68.3%で県平均(36.4%)より高い。 	【図表5】KDB 特定健康診査受診率(経年推移) 【図表6】KDB 特定健康診査受診率(性・年齢階層) 【図表7】KDB 特定健康指導実施率(経年推移)	A
	特定健診結果の状況(有所見率・健康状態)	●HbA1c8以上、メタボの該当割合は県平均と比べると低いものの、高血圧(I度以上)の該当者の割合は令和4年度で53.6%と県の52.1%よりも高い。(R1-4の平均の標準化でも拡張期血圧については男146.9、女145.6と高い。)LDL160以上についても、減少傾向ではあるが10.6%と県平均10.1%よりもやや高い。	【図表8】KDB 藤枝市(令和4年度)静岡県共通評価指標	B
	質問票調査の状況(生活習慣)	<ul style="list-style-type: none"> ●質問票の飲酒項目において、飲酒量(1~2合)および飲酒量(2~3合)が男女ともに県の標準化比が106を超えて高く、飲酒量(3合以上)は男性が県の標準化比102.4と高い。また、毎日飲酒は男性が、時々飲酒は女性が県の標準化比100を上回っている。 ●生活習慣改善意欲は男女ともに低く、「改善意欲なし」が男110.3、女106.8と高い。 	【図表9】KDB 質問票調査の状況(健診)	B
レセプト・健診結果等を組み合わせた分析	<ul style="list-style-type: none"> ●健診未受診かつ医療機関での治療のない人(健康状態不明者)が13.3%いる。 ●高血圧の有所見者で未受診者が19.3%いる。 	医療機関受診と健診受診の関係表(KDB) 【図表10】茶っどシステム有所見者の状況	A・B	
介護費関係の分析	<ul style="list-style-type: none"> ●要介護認定率は17.2%で、県平均(17.3%)とほぼ同じで、国平均(19.5%)より低い。 ●要介護2と3の占める割合が国平均より高い。 	【図表11】KDB 健康スコアリング(介護)(R04年度分)	D	
その他	<ul style="list-style-type: none"> ●高血圧の該当者の割合が近年上昇傾向にある。 ●脳梗塞入院(標準化比)の女性が特に上昇傾向にある。 ●後期の医療費の負担が大きい疾患(合計)で骨折が、男123.8、女132.4と高い。将来的に医療費の負担が高い疾患も骨折が上位を占めている。 	【図表12】静岡県共通評価指標 【図表13・14】後期医療費の負担が大きい疾患、標準化比	B・D	

Ⅲ 計画全体（分析結果に基づく健康課題の抽出とデータヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標、目標を達成するための戦略）

健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号
A 特定健診受診率の回復・向上	✓	1.2.3.8
B 高血圧症有病者及び高血圧予備群の該当割合がともに県平均を上回っている	✓	2.3.4.5.8
C 薬剤の適正な使用		3.4.6
D 後期高齢者の骨折及び関節疾患がともに県平均を上回っている（フレイル対策・介護予防）		5.7.8

計画全体の目的		生活習慣病の発症及び重症化予防を図り、医療費適正化と健康寿命の延伸を目指す				
対応する健康課題	計画全体の目的	計画全体の評価指標	指標の定義	計画策定時実績	目標値	
				2022 (R4)	2026 (R8)	2029 (R11)
A	生活習慣を改善する	特定健康診査受診率	法定報告	43.0% (R4速報値)	51.6%	60.0%
AB	生活習慣を改善する	特定保健指導実施率	法定報告	(R3) 68.3%	69.2%	70.0%
ABC	生活習慣を改善する	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	法定報告	(R3) 15.3%	18.5%	21.6%
AB	生活習慣を改善する	内臓脂肪症候群の該当率の割合	法定報告	(R3) 12.7%	12.4%	12.0%
AB	生活習慣を改善する	高血圧予備群の割合	特定健康診査受診者で①②のいずれかを満たす者の割合 ①収縮期血圧が130mmHg～139mmHgかつ拡張期血圧が90mmHg未満 ②収縮期血圧が140mmHg未満かつ拡張期血圧が85mmHg～89mmHg ※血圧を下げる薬服用者を除く	12.5%	12.3%	12.0%
AB	重症化を予防する	HbA1c8.0%以上の者の割合	特定健康診査受診者でHbA1cの検査結果がある者のうち、HbA1c8.0%以上の人の割合	1.0%	0.9%	0.8%
AB	重症化を予防する	高血圧症の該当者の割合（高血圧Ⅰ度以上）	特定健康診査受診者のうち収縮期血圧が140mmHg以上、または拡張期血圧が90mmHg以上の者もしくは、血圧を下げる薬服用者	53.6%	52.8%	52.0%
D	平均自立期間を延伸する	平均自立期間	KDB帳票「地域の全体像の把握」の値	(男性) 80.8歳 (女性) 85.0歳	(男性) 81.1歳 (女性) 85.3歳	(男性) 81.4歳 (女性) 85.6歳

事業番号	事業分類	事業名	重点・優先度
1	特定健康診査	特定健康診査（第4期特定健康診査等実施計画）	重点
2	特定保健指導	特定保健指導（第4期特定健康診査等実施計画）	重点
3	重症化予防（保健指導）	重症化予防事業	重点
4	健康教育・健康相談	食育推進講座	
5	健康教育・健康相談	総合型予防教室事業（アクティブシニア大学）	
6	後発医薬品利用促進	後発医薬品啓発事業	
7	その他	こども健康チャレンジ事業	
8	その他	健康マイレージ事業	

データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略

○我がまちの強みを生かした効果的な保健事業の実施のため、把握した地域資源を生かした取組を実施します。

<健康課題>（計画全体シートから転記）

A	特定健診受診率の回復・向上
B	高血圧症有病者及び高血圧予備群の該当割合がともに県平均を上回っている
C	薬剤の適正な使用
D	後期高齢者の骨折及び関節疾患がともに県平均を上回っている（フレイル対策・介護予防）



<目標を達成するための戦略>

主な戦略		対応する健康課題	対応する事業番号
<p>○地区組織との連携</p> <p>藤枝市健康づくり食生活推進協議会、中部健康福祉センター、藤枝市立幼稚園・認定こども園協会、藤枝市保育協会、藤枝市PTA連絡協議会、小中学校栄養教諭、志太地区栄養士研究会、ふじえだアレルギーっ子の会、住民歯科会議、保健委員等</p>	保健委員連絡協議会、健康づくり食生活推進協議会をはじめとした関係機関・団体と連携して取組の強化を図る。	A, B, D	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8
<p>○職域との連携</p> <p>農業団体（JA大井川）、市内企業（静鉄ストア、東海ガス）、保険会社等</p>	関係団体・企業等と連携し、市民の健康意識の向上と地域の健康増進に必要な啓発活動や事業を推進していく。	A, B	1, 2, 3, 4, 5, 8
<p>○情報通信技術（ICT）の活用</p> <p>COOKPAD、Twitter、LINE等</p>	ICTを活用し“楽しい”“面白い”“お得”といった切り口による健康づくりの推進を行う。 クックパッドなどのツールを利用し、広く市民へ活用できる情報の発信を行っていく。 SNSを活用し、特定健康診査をはじめとした保健事業の情報発信を行う。	A, B	1, 4
<p>○委託の活用</p> <p>静岡県予防医学協会総合健診センターヘルスポート、杏林堂、アクティブシニア大学等</p>	若年層の特定保健指導対象者等に対し、休日・夜間でも保健指導が可能な体制を整え、指導率の向上、重症化の予防を図るため、保健指導委託事業を実施する。 人間ドック受診者の特定保健指導を健診当日に実施することにより、指導の効率化を図る。 介護予防教室（アクティブシニア大学）を開催することで、自立高齢者の健康増進を目指す。	A, C	2, 5
<p>○保健医療機関との連携</p> <p>志太医師会、藤枝薬剤師会、藤枝歯科医師会等</p>	市民の重症化予防（特に慢性腎臓病に特化）を図るため、志太医師会、藤枝薬剤師会、藤枝市立総合病院により、CKD対策を充実させていく。 生活習慣病や介護予防の面から、医科歯科連携をさらに推進していく。	A, B, C	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8
<p>○その他創意工夫した取組等</p>	こども健康チャレンジを実施することで、学童期からの規則正しい生活への意識づけをし、子から親への健康づくりや健診受診を働きかける取組を行う。 市民への健康的な生活習慣の動機付けと健康行動の定着を促すため、健康マイレージ事業を実施する。	A, B, C	7, 8

事業 1	特定健康診査（第4期特定健康診査等実施計画）
------	------------------------

事業の目的	内臓脂肪の蓄積に起因する肥満、血圧高値、高血糖等のリスクが高いものを選定し、特定保健指導を必要とする人を選び出す、被保険者自らが受診をきっかけに健康状態を把握・健康の維持増進に役立てられるよう、さらなる受診率の向上を目指す。
事業の概要	本計画は、国の特定健康診査等基本指針（法第18条）に基づいて策定し、静岡県医療適正化計画と十分な整合性を図るものとする。特定健康診査等実施計画は平成20年に開始し、第2期計画期間が平成29年度で、第3期計画期間が令和5年度で終了した。第4期計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間であるが、法改正や社会経済環境等の変化により必要に応じた修正を行う。
対象者	40-74歳の被保険者

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	内臓脂肪症候群の該当率の割合	法定報告値	(R3) 12.7%	12.5%	12.4%	12.3%	12.2%	12.1%	12.0%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	特定健康診査受診率	法定報告値	43.0% (R4速報値)	46.0%	48.8%	51.6%	54.4%	57.2%	60.0%
	2	対象者数推計（モニター指標）		20,252人	18,913人	18,277人	17,662人	17,068人	16,494人	15,939人

プロセス (方法)	周知	実施計画（本計画）：高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項により作成・変更時は遅滞なく公表することが義務付けられている。市のホームページ等に掲載し周知に努める。 普及啓発：計画を執行していくためには、特定健診・特定保健指導の目的と参加について広く市民に周知する必要がある。対象者に案内通知を送付する他、広報誌やSNSの活用、健康づくりイベント等、様々な方法で周知活動を行う。	
	勸奨	再通知ハガキや電話による受診勸奨を行う。	
	実施および 実施後の支援	実施形態	志大医師会に委託し、集団健診を予約制で実施する。検査項目については別紙（29頁）参照。
		実施場所	志大医師会検診センター
		時期・期間	5月～翌年1月
		データ取得	パート勤務等により職場での健診を受診している被保険者について、受診結果を提供いただけるよう周知に努める。また、医療機関に受診中の被保険者についても、本人の同意のもとで保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診の結果データとして活用できるよう、かかりつけ医との協力及び連携を行う。
	結果提供	受診日から約4週間を目安に本人へ郵送する。その際、健診結果について異常値を示している項目、異常値の程度、異常値が持つ意義等について受診者にわかりやすく通知する。	
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勸奨を行っていたり、医療機関と連携していく。		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	国保年金課及び健康推進課、その他関係部署が連携し、企画運営・実施・評価を行う。
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	集団健診と、それに係る予約受付・受診券作成及び発送業務を志大医師会に委託
	国民健康保険団体連合会	特定健康診査・特定保健指導データの管理・保管を委託。保存年限は5年間とする。（藤枝市個人情報保護条例等に基づき個人情報を適切に取扱う）
	民間事業者	—
	その他の組織 (計画の進行管理)	本計画を着実に推進していくため、県や国保連合会の支援（ヘルスサポート事業等）を受け進行管理及び評価を行うとともに、藤枝市国民健康保険運営協議会に進捗状況を報告し、意見を求めながら適切な進行管理に努める。
	他事業	保健委員研修会や市民向け講座等の場を利用して、周知や受診勸奨を行う。一部がん検診との同日実施を行い受診者の利便性を図る。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	国保連合会が管理する特定健康診査のデータは、本市の「健康管理システム」においても、市が保有するがん検診等の各種健診データとともに一体として管理する。データを使用する場合、職員はパスワードを必要とするなど、適正に管理する。

事業 2	特定保健指導（第4期特定健康診査等実施計画）
------	------------------------

事業の目的	メタボリックシンドロームに着目した指導を行い、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。
事業の概要	特定保健指導を実施する
対象者	特定保健指導基準該当者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	法定報告値	(R3) 15.3%	16.5%	17.5%	18.5%	19.5%	20.5%	21.6%
	2	内臓脂肪症候群の該当率の割合	法定報告値	(R3) 12.7%	12.5%	12.4%	12.3%	12.2%	12.1%	12.0%
	3	高血圧予備群の割合	KDBデータ	12.5%	12.4%	12.4%	12.3%	12.2%	12.1%	12.0%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	特定保健指導実施率	法定報告値	68.3	68.8%	69.3%	69.8%	70.3%	70.8%	71.3%

プロセス (方法)	周知	特定健康診査終了後、特定保健指導対象者には、結果の送付を訪問で実施。	
	勧奨	該当者には電話フォロー、再訪問等で初回面談の利用勧奨を実施する。	
	実施および 実施後の支援	初回面接	健診当日に志太医師会検診センターにおいて初回面接の一部を分割実施。 健診結果お届け訪問に初回面接を実施。不在の場合は電話フォロー、委託による保健指導を勧める。
		実施場所	志太医師会検診センター、訪問または藤枝市保健センター、市内杏林堂薬局店舗
		実施内容	「標準的な健診・保健指導プログラム」に基づき特定健診受診者の健診結果から特定保健レベル別に4つのグループに分ける。 さらに要特定保健指導者に優先順位をつけて支援を勧めていく。 特定保健指導の効果を高めるために、実施者に「スキルアップ検討会」を実施し、資質向上を目指す。 選定方法とフローチャートについては別紙（30頁・31頁）参照。
		時期・期間	時期：6月から 最終評価をなるべく年度末までに終了させる。
	実施後のフォロー・ 継続支援	特定保健指導終了後に次年度の特定健康診査の受診勧奨を行い、継続支援につなげる。	
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標 等)	指導期間中のモニタリングの進捗及び結果は委託事業者から報告を得るようにし、必要な対策を検討する。		

ストラク チャー (体制)	庁内担当部署	健康推進課に執行委任。
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・ 栄養士会など)	特定健診を委託する志太医師会検診センターに対し、対象者への周知、初回面接の分割実施について協力を得る。
	国民健康保険団体連合会	—
	民間事業者	外部委託事業者（杏林堂薬局）にて実施する。
	その他の組織	運動指導士、民間事業者（ポボラ）でのグループ支援を実施する中で、継続支援を実施。グループ支援の時期によっては、初回、評価等の個別面談もあわせて実施する。
	他事業	結果説明会、健康相談室利用の際に初回面談を実施する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標 等)	効果的な指導方法を促すよう、委託事業者との連携体制を構築する。（目標：対象者の健康課題や特定保健指導事業の評価指標を委託事業者と共有）

事業 3	重症化予防事業
------	---------

事業の目的	生活習慣病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者等に対し有効な受診勧奨・保健指導を行うことで生活習慣の改善や治療に結びつけるとともに、生活習慣病で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して主治医の判断により保健指導対象者を選定し、さらなる重症化を防ぐこと。		
事業の概要	健診結果を訪問にて届け、保健指導を早期に実施することで対象者の受診行動や生活習慣改善を促す。個別支援に加え、集団教室を開催することで、健康に関するセルフケア（自己管理）を高める。CKDネット等を通して関係機関での胃機能低下者情報の共有化を図る。		
対象者	選定方法	特定健診結果及びレセプト（KDB）により選定。	
	選定基準	健診結果による判定基準	訪問基準はHbA1c7.0以上（糖未治療者）、LDL220以上、中性脂肪500以上、尿酸値9.0以上、尿たんぱく2+以上、eGFR45未満。医師連絡票の基準はHbA1c6.5以上、LDL180以上、中性脂肪300以上、尿酸値9.0以上、尿たんぱく+以上、eGFR45未満。
		レセプトによる判定基準	—
		その他の判定基準	—
	除外基準	eGFR45未満の訪問対象者については、数値が維持または改善している者及び人工透析等の腎臓の専門的治療を継続して行っている者は除外する。	
重点対象者の基準	高血圧は内服治療中であっても訪問対象者としている。		

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	HbA1c8.0%以上の者の割合	KDBデータ	1.0%	0.95%	0.9%	0.9%	0.85%	0.85%	0.8%
	2	高血圧症の該当者の割合（高血圧Ⅰ度以上）	KDBデータ	53.6%	53.2%	53.0%	52.8%	52.6%	52.4%	52.2%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	重症化予防教室 参加者数（年度末）	藤枝市部会資料	83人	95人	100人	105人	110人	115人	120人
	2	ハイリスクフォロー者（国保）の実施割合（年度末）	藤枝市部会資料	93.2%	93.2%	93.2%	93.2%	93.2%	93.2%	93.2%
	3	医師連絡票（内科）返送率（年度末）	藤枝市部会資料	26.1%	27.5%	28.0%	28.5%	29.0%	29.5%	30.0%
	4	健康診査要受診者・医療機関受診結果連絡票返信率（年度末）	藤枝市部会資料	55.3%	56.25%	57.0%	57.75%	58.5%	59.25%	60.0%

プロセス（方法）	周知	重症化予防教室のチラシを市内医療機関・薬局に配布を依頼している。
	勧奨	医師連絡票、健康診査要受診者・医療機関受診結果連絡票にて受診勧奨。医師連絡票の返信がなかつたレセプトで受診確認の取れなかった者に対して再通知のがきを送付している。
	実施後の支援・評価	ハイリスク訪問実施後に次年度の特定健康診査の受診勧奨を行い、継続支援につなげる。健康診査要受診者・医療機関受診結果連絡票返信後、医師が保健センターでの教室などを勧める場合、勧奨電話を実施している。
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	ハイリスク訪問対象者で、理解力の不足等で受診につながりにくいケースの場合、複数回に分けて支援したり、関係機関と連携を取りながら支援している。

ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	健康推進課
	保健医療関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）	志太医師会・藤枝歯科医師会・藤枝薬剤師会・藤枝市立総合病院
	かかりつけ医・専門医	志太医師会・藤枝市立総合病院
	国民健康保険団体連合会	静岡県国民健康保険団体連合会
	民間事業者	—
	その他の組織	CKDネット
	他事業	特低保健指導兼ハイリスク訪問対象者は、特定保健指導として指導を実施する。
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	—

事業 4		食育推進講座								
事業の目的	幼少期から高齢期に向け規則正しい食習慣を身に着けるよう啓発し、生活習慣病予防や健康寿命の延伸に取り組む。									
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士による市民を対象とした、出前講座（低栄養予防、食育）や市健康課題に対する保健講座の実施を行う。また、食生活セミナーを実施し、生活習慣病予防や日頃の健康管理のための適正な食生活を促すとともに、健康づくり活動のボランティアの養成を行う。離乳食教室や妊娠期の教室にて、子育て世代への食生活改善の啓発を行う。 ・藤枝市健康づくり食生活推進協議会による、健康料理教室を実施。 									
対象者	市民									
アウトカム指標	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
	1	朝食を抜くことが週に3回以上あるものの割合	藤枝市特定健康診査における問診票 (KDBデータ)	6.6%	5%	4%	3%	2%	1%	0%
アウトプット指標	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
	1	食育推進講座開催数	各講座の実施数	91	95	100	100	100	100	100
プロセス (方法)	<p>○食育推進講座の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・規則正しい食習慣を身につけてもらうため、出前講座や保健講座を実施。 ・食生活セミナーを実施し、基礎的な食生活の知識と技術を身につけ、生活習慣病予防や日頃の健康管理のための適正な食生活を促すとともに、健康づくり活動のボランティアとして協力と参加を期待する。 ・子育て世代（親また子）へ適正な食生活の知識を普及するため、離乳食教室やプレママ栄養教室、パパママ教室等で食事指導を実施。 ・藤枝市健康づくり食生活推進協議会による、料理教室を通じた一般市民への健康的な食生活の普及・啓発の実施。 									
ストラクチャー (体制)	健康推進課・藤枝市健康づくり食生活推進協議会									

事業5		総合型予防教室事業（アクティブシニア大学）
事業の目的	高齢者の栄養改善、口腔機能・運動器機能・認知機能の向上を図る。高齢者が介護予防に主体的に取り組める場を創出し、自立高齢者の健康増進を目指す。	
事業の概要	介護保険法、地域支援事業実施要綱に基づき、自立高齢者を対象に、通所型で介護予防普及啓発施策事業「運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上、認知機能の向上」を複合させ、総合的な事業を実施。	
対象者	市内在住の自立高齢者	

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	口コモ度の改善率	事業開始時と事業終了時に口コモ度テスト実施し、改善した者の割合	13%	15%	15%	15%	17%	17%	17%
	2	事業終了後、通いの場や介護予防教室への参加意欲がある人の割合	事業終盤に実施する利用者の意向調査結果	93%	95%	95%	95%	95%	95%	95%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	事業参加者実人数	事業参加者実人数の合計	53人	60人	65人	70人	75人	80人	85人
	2	事業出席率	事業出席率を算出する	88%	90%	90%	90%	90%	90%	90%

プロセス (方法)	周知	市の公式SNS、広報誌及びホームページで周知。市が作成する介護予防に関するパンフレットへの掲載、そのパンフレットを各地区交流センター、地域包括支援センター等へ配布する。市が作成したポスターを事業実施会場、市役所に掲示する。
	勧奨	通所型サービスC、アセスメント同行訪問、介護予防把握訪問の対象者から、事業の利用によりQOL、ADLの向上効果が高いと見込みのある者へ参加を促す。
	実施および実施後の支援	専門職が事業開始前に利用者の身体機能の把握及び身体機能を踏まえた事業実施に係るリスク評価を行う。併せて関連するQOL、ADL等の個別の状況についても評価・把握。利用者の目標設定やアセスメント結果を踏まえ、利用者ごとのプログラム内容、実施期間、実施回数を記載した個別サービス計画書を作成する。プログラム終了時に、参加状況、目標の達成度、身体機能、関連するQOL、ADL等を評価し、その結果を市長及び地域包括支援センターに報告する。終了後も継続して介護予防に取り組めるよう、住民主体の自主活動への移行を支援する。介護サービスを始めた専門サービスの利用が適切であると思われる利用者については、各種介護保険サービスの情報提供を行うとともに、地域包括支援センターへ対象者についての情報提供を行う。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	専門職が作成する個別計画書について、事業への参加は年間1クール限りのため、事業終了後も地域での継続した介護予防活動を視野に入れ、自立して運動を行うことのできる状態を目指せるように作成する。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	地域包括ケア推進課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	—
	国民健康保険団体連合会	—
	民間事業者	聖後リハビリテーション病院、NASA介護スペース事業所に事業実施を委託。事業所の理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、管理栄養士、介護職員、運動指導士等が介護予防について指導・アセスメントを実施する。1クール15回実施。
	その他の組織	地域包括支援センターが申込受付をし、利用者の健康状態のアセスメントを行う。
	他事業	事業終了後に継続した介護予防に取り組むため、住民主体の自主活動への移行や新たな自主活動を発展させていくために運動サポーターの養成や自主活動の運営を支援するための専門職の派遣等を実施する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	自立高齢者を対象としたデイサービスやサロン、食会会などの事業など、既存の事業と運動させる事により、社会参加しやすくする。基本年間1クールのみ参加とする。

事業6	後発医薬品啓発事業
-----	-----------

事業の目的	後発医薬品を普及させることによる、患者負担の軽減や医療保険財政の改善（医療費の削減）
事業の概要	先発医薬品と治療学的に同等であると製造販売が承認されており、研究開発コストが低く抑えられることから、先発医薬品よりも安価となる後発医薬品を普及させる。
対象者	国民健康保険加入者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	使用割合の向上	厚労省発表の使用割合	82.5% (R4.9)	83.8%	84.4%	85.0%	85.5%	86.0%	86.5%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	後発医薬品差額通知発送数	差額通知発送数の推移	4030通 (R4)	2800通	2600通	2400通	2250通	2100通	2000通

プロセス（方法）	後発医薬品利用シールの配布・後発医薬品差額通知の送付、調剤費や使用数量等の利用実態の把握・分析
----------	---

ストラクチャー（体制）	国保年金課担当が実施
-------------	------------

事業 7	こども健康チャレンジ事業
-------------	---------------------

事業の目的	こども達が健やかに成長していくためには、適切な運動、バランスの取れた食事、十分な睡眠・休養など、規則正しい生活習慣が必要である。また、小学生の保護者に当たる年代は特定健診の受診率が低いことが問題となっている。こども達自身の健康意識の向上をはかるだけでなく、さらには「健康って大事だね」という家族の対話から家族への波及効果を期待し、こども達から大切な家族への健診受診の勧奨につなげる
事業の概要	平成24年度に「40代から50代の特定健診の受診率を向上させる」市民政策提案において小学校での啓発事業の実施が提案され、その一環としてこども健康チャレンジ事業を実施する。
対象者	① 歯科出前講座および健康教育を受講した市内小学生 ② 藤枝市民（小学生）の希望者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	保護者への受診勧奨実施率	チャレンジシート集計	86.2%	86.9%	87.6%	88.3%	89.0%	89.7%	90.0%
	2	保護者への健診受診意思	チャレンジシート集計	75.4%	77.0%	78.0%	79.0%	80.0%	81.0%	82.0%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	チャレンジシート提出割合	チャレンジシート集計	71.8% (R4)	71.9%	72.2%	72.5%	75.0%	77.5%	80.0%

プロセス (方法)	周知	4月の校長会で、学校に歯科出前講座等の依頼をしながら、あわせて周知を行う。	
	勧奨	—	
	実施および 実施後の支援	利用申込	小学校からの申し込みにより実施
		実施内容	①4個の生活習慣の目標を達成したら1マス塗りつぶす。（4項目：早寝・早起き・朝ごはん・歯みがき） ② こどもからの保護者へおとなの健康チャレンジの声かけ「健診・食事・はみがき・睡眠」の項目ができているか、確認を行う ③ 1週間のチャレンジと保護者への声かけを実施し、シートに記入して提出する。
		時期・期間	6月から2月まで
		場所	参加希望校および各家庭
		実施後の評価	回収したこども健康チャレンジシートの内容で評価をする。
		実施後のフォロー・継続支援	歯科講座で使用し、持ち帰ってもらう手鏡には『はやね・はやおき・朝ごはん・歯みがきががんばろう』のシールを貼り、家庭での継続的实施を促す。 提出してくれたシートには賞シールを貼り学校を通して返却し、児童の手に残すようにして規則正しい生活習慣の定着を図るようにした。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	歯科出前講座内で、こども健康チャレンジの説明を行い、事業参加を促す。		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康推進課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	歯科医師会事務局を通し、校医等参加希望校の共有を行う。
	国民健康保険団体連合会	—
	民間事業者	—
	その他の組織	—
	他事業	歯科出前講座等とあわせて実施する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	歯科出前講座の依頼が多ければ、こども健康チャレンジ事業の参加者も多くなるため、継続的に歯科出前講座が実施できるような体制づくりに努める。

事業8	ふじえだ健康マイレージ
-----	-------------

事業の目的	市民への健康的な生活習慣の動機づけと健康行動の定着
事業の概要	2週間以上の健康行動で100ポイント以上貯めて、市に申請。交付されたマイレージカードを「協力店」に提示することで各店が用意したサービスを1年間利用できる。
対象者	18歳以上の市民、在勤・在学者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	申請者数(参加者数)	藤枝市実績	4,189人	5,500人	6,000人	6,300人	6,600人	6,900人	7,200人

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	申請者数(参加者数)	藤枝市実績	4,189人	5,500人	6,000人	6,300人	6,600人	6,900人	7,200人
	2	協力店舗数	静岡県より提供	1,065店舗	静岡県の目標値に準ずる					

プロセス(方法)	周知	市HP・市公式SNSでの周知、健康経営事業での企業への周知活動、市イベントでの広報活動、インセンティブ付与型の加入促進キャンペーンの実施、他4Kマイレージ担当課と連携した相互紹介、包括的連携協定企業(日本郵便)での配架等
	勸奨	健康無関心層
	実施および実施後の支援	再チャレンジ通知の送付(有効期限が切れる月の前月に送付)
	その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)	魅力的な協力店発掘、加入促進キャンペーンの実施

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	健康企画課
	保健医療関係団体(医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	—
	国民健康保険団体連合会	—
	民間事業者	県内協力店
	その他の組織	静岡県
	他事業	ウォーキングアプリあるくらとの連携
	その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)	魅力的な協力店の発掘、加入促進キャンペーンの実施

V その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>本計画を着実に推進していくためには、計画の進捗状況をチェックし、取り組み内容を修正するなど、柔軟に対応していくことが求められる。そのため、PDCAサイクルの視点に基づき、数値目標、取り組み内容についての評価を行う。 また、関係各課が連携を図り、相互の施策や事業による相乗効果を意識して、保健や食育に関する多様な取り組みを推進し、「藤枝市健康づくり推進協議会」を定期的で開催して、保健・食育計画の進行管理を行うとともに、国保特有な部分は、国保連合会のヘルスサポート事業を活用して、国保連合会が設置する保健事業支援・評価委員会の評価を基に本計画の進行管理を行い、施策や事業の適切な方向性を確認する。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>本計画については、ホームページ等を通じて周知するほか、必要に応じて県、国保連、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図る。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>藤枝市個人情報保護条例（平成15年藤枝市条例第1号）に基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。</p>
<p>地域包括ケアに係る取 組</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・可能な限り、住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる藤枝市を目指すため、医療・介護の専門職など多職種で構成される医療・介護連携推進会議に保険者として参加する。 ・保健部門、介護部門がKDBシステムによるデータなどを活用してハイリスクアプローチの対象者を抽出し、保健師等の専門職や、地域包括支援センターによる介護予防把握訪問などを実施し、適切な個別支援を行う。 ・地域住民の参加する介護予防を目的とした運動指導の実施、健康教室等の開催、自主組織の育成を行う。
<p>その他留意事項</p>	<p>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、上記藤枝市個人情報の取扱いの項に準ずるとともに、個人情報の保護に十分に配慮しつつ、効果的・効率的な特定健康診査・特定保健指導を実施する立場から、収集された個人情報を有効に活用する。（保健事業計画の策定や統計資料等を作成するために健康情報を活用する場合には、個人の識別ができないよう、個人を識別できる情報は削除する） 特定健康診査・特定保健指導を受託した業者についても同様の取扱いとし、契約の際は、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、業務によって知り得た情報について業務終了後も含め守秘義務を徹底する。</p>

図表等

参照データ

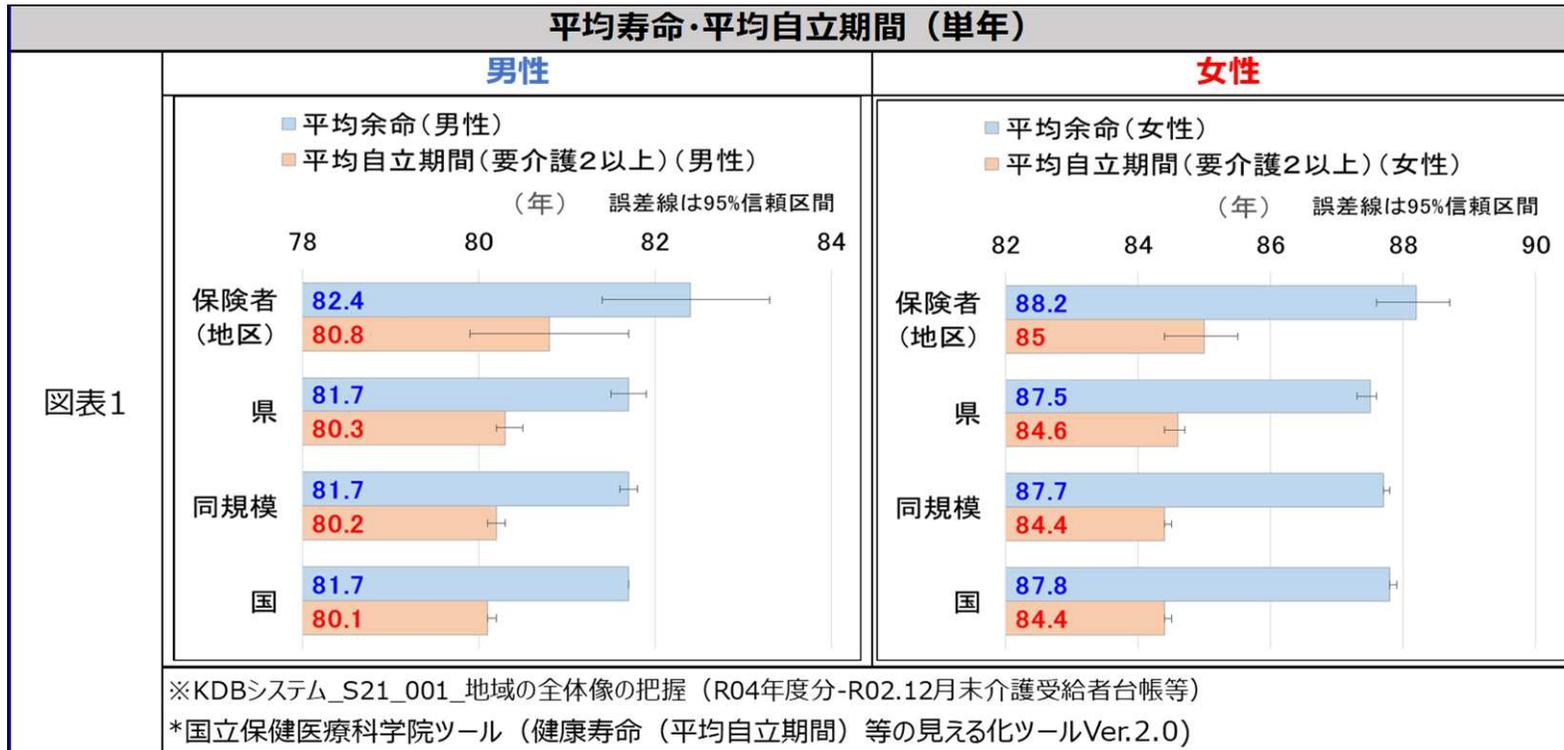
図表1 平均寿命・平均自立期間（単年）

出典

※KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（R04年度分-R02.12月末介護受給者台帳等）

データ分析の結果

- 平均余命は、男性82.4歳、女性88.2歳。男女とも県平均より長い。
- 平均自立期間は、男性80.8歳、女性85.0歳。男女とも県平均と同水準。



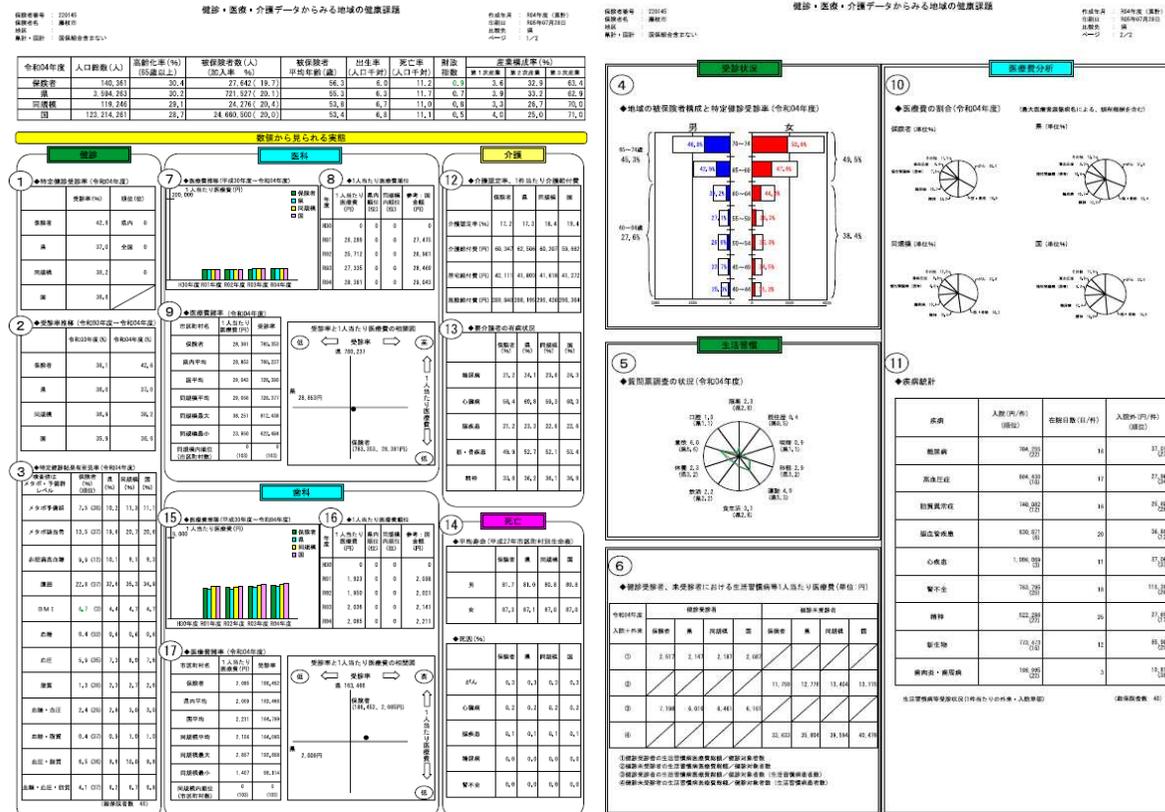
図表2

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

出典 KDBシステム

データ分析の結果

- 加入者は減少傾向にあるが、（一人当たり）医療費は増加傾向にある。令和4年度の一人あたり医療費（医科）は、県平均よりも低い水準である。外来の受診率は県を上回っているが、1件あたりの医療費は低い水準である。一人あたり医療費（歯科）は、県平均とほぼ同水準。
- 疾病分類別医療費の割合は、がん、筋・骨格、精神、糖尿病の順に多い。県と比較してもほぼ同じ傾向となっている。1件あたりの入院医療費は心疾患、脳血管疾患、高血圧、腎不全、悪性新生物の順に高い。
- 1件あたり入院外医療費は腎不全、新生物で高い。



図表3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

出典 KDBシステム

データ分析の結果

●医療費の負担が大きい疾患は、慢性腎不全（透析あり）、糖尿病、関節疾患、高血圧症、不整脈の順で高い。入院における男性の慢性腎臓病（透析あり）は県標準化比が116.8と県を大きく上回っており、女性の骨折は標準化比112.3と県を上回っている。

国保_医療費の負担が大きい疾患、標準化比					
医療費分析(2) 細小分類				標準化比/対県	
R04年度				R01-R04年度(4年平均)	
入外区分	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性
合計	慢性腎臓病(透析あり)	704,855,030	6.1	87.7	57.1
	糖尿病	664,713,290	5.7	96.7	95.2
	関節疾患	403,217,350	3.5	94.3	88.0
	高血圧症	398,576,770	3.4	98.6	93.6
	不整脈	360,831,090	3.1	79.2	76.4
	統合失調症	332,611,000	2.9	97.2	89.3
	小児科	291,533,160	2.5	90.9	122.1
	脂質異常症	290,249,020	2.5	86.3	94.1
	肺がん	279,493,180	2.4	102.6	73.0
	うつ病	228,552,010	2.0	123.4	132.7
入院	統合失調症	243,881,650	5.8	94.2	84.4
	不整脈	170,144,260	4.0	67.4	65.1
	骨折	137,484,220	3.3	89.7	112.3
	慢性腎臓病(透析あり)	126,481,380	3.0	116.8	46.8
	うつ病	111,598,050	2.6	108.1	141.1
	小児科	108,394,210	2.6	75.5	97.0
	関節疾患	107,686,890	2.5	99.1	86.8
	肺がん	106,990,500	2.5	103.9	77.9
	大腸がん	93,593,130	2.2	98.8	79.4
	脳梗塞	91,917,020	2.2	89.5	97.3
外来	糖尿病	634,251,600	8.6	95.8	96.0
	慢性腎臓病(透析あり)	578,373,650	7.8	80.6	59.6
	高血圧症	396,822,290	5.4	99.2	93.9
	関節疾患	295,530,460	4.0	92.4	88.6
	脂質異常症	290,077,750	3.9	86.9	94.2
	不整脈	190,686,830	2.6	88.6	85.1
	小児科	183,138,950	2.5	97.7	132.9
	肺がん	172,502,680	2.3	101.8	70.7
	骨粗しょう症	142,263,920	1.9	84.7	68.0
	膵内腫	130,621,110	1.8	118.8	124.8

図表3

※医療費・割合：KDBシステム_S23_002_医療費分析(2) 大、中、細小分類 (R04年度)
 ※標準化比：KDBシステム_S23_005_細小分類 (R01-R04) 国立保健医療科学院ツール
 *国立保健医療科学院ツール(医療費の疾患別内訳見える化ツール)KDB細小分類Ver1.7)

データ分析の結果

●重複（1以上）処方を受けた者が被保険者全体の0.3%（90人）、多剤処方（6種類以上）を受けた者が13.6%（3,821人）いる。

重複・多剤処方の状況

保険者番号 : 220145
 保険者名 : 藤枝市
 地区 :

診療年月 : R05年04月
 印刷日 : R05年07月28日
 ページ : 1/2

【絞り込み条件】

【処方条件】
 医薬品単位で集計

【資格情報】

R05年06月処理（R05年04月診療）時点に資格を有する者を抽出

重複処方の状況

被保険者数	27,897
-------	--------

他医療機関との重複処方が発生した 医療機関数(同一月内)		複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数(同一月内)										
		重複処方を受けた者(人)										
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	
重複 処方 を受 けた 者 (人)	2医療機関以上	90	19	7	2	0	0	0	0	0	0	0
	3医療機関以上	5	2	1	1	0	0	0	0	0	0	
	4医療機関以上	3	2	1	1	0	0	0	0	0	0	
	5医療機関以上	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	

重複・多剤処方の状況

保険者番号 : 220145
 保険者名 : 藤枝市
 地区 :

診療年月 : R05年04月
 印刷日 : R05年07月28日
 ページ : 2/2

【絞り込み条件】

【処方条件】
 医薬品単位で集計

【資格情報】

R05年06月処理（R05年04月診療）時点に資格を有する者を抽出

多剤処方の状況

被保険者数	27,897
-------	--------

同一薬剤に関する処方日数 (同一月内)		処方薬剤数(同一月内)											
		処方を受けた者(人)											
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	16以上	20以上
処方 を受 けた 者 (人)	1日以上	13,356	11,226	8,799	6,794	5,114	3,821	2,835	2,067	1,532	1,096	221	48
	15日以上	10,998	9,626	7,820	6,221	4,787	3,623	2,718	1,997	1,486	1,067	220	47
	30日以上	8,064	7,092	5,814	4,666	3,585	2,750	2,077	1,536	1,151	838	186	40
	60日以上	2,055	1,743	1,395	1,093	860	645	487	356	269	211	49	9
	90日以上	418	357	283	225	176	131	94	69	50	40	8	3
	120日以上	9	8	8	7	6	5	4	4	4	4	1	1
	150日以上	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	1	1
180日以上	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	

※外薬（眼科・産科・調剤）のみを対象とする

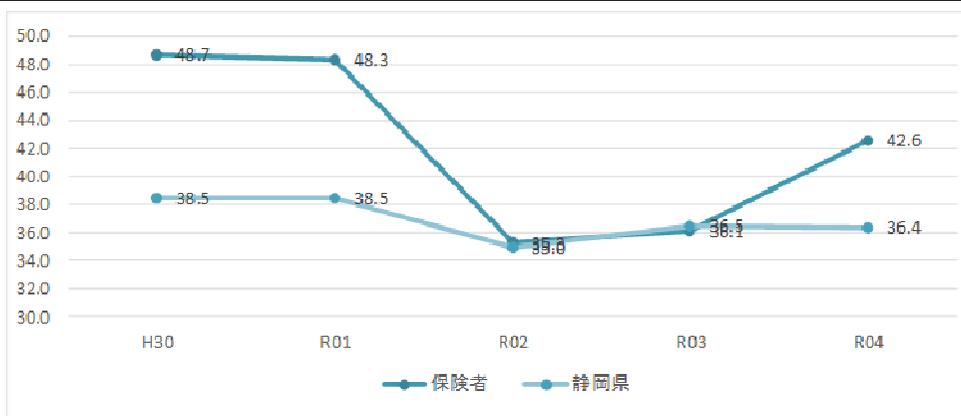
図表5 特定健康診査受診率（経年推移）

出典 KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（R04度分）

データ分析の結果

- 令和3年度の特定健診の受診率は36.2%（法定報告）であり、コロナ渦で令和2年、3年は低下したが、令和4年度は県平均を上回る見込み
- 特定保健指導の実施率は68.3%で県平均（36.4%）より高い。

特定健康診査受診率（経年推移）



図表5

	H30	R01	R02	R03	R04
健診受診者	11,295	10,878	7,886	7,897	8,666
健診対象者	23,200	22,511	22,356	21,904	20,343
保険者	48.7	48.3	35.3	36.1	42.6
静岡県	38.5	38.5	35.0	36.5	36.4
司規模	39.1	39.4	34.5	36.9	37.0
国	37.5	37.7	33.5	36.1	35.3

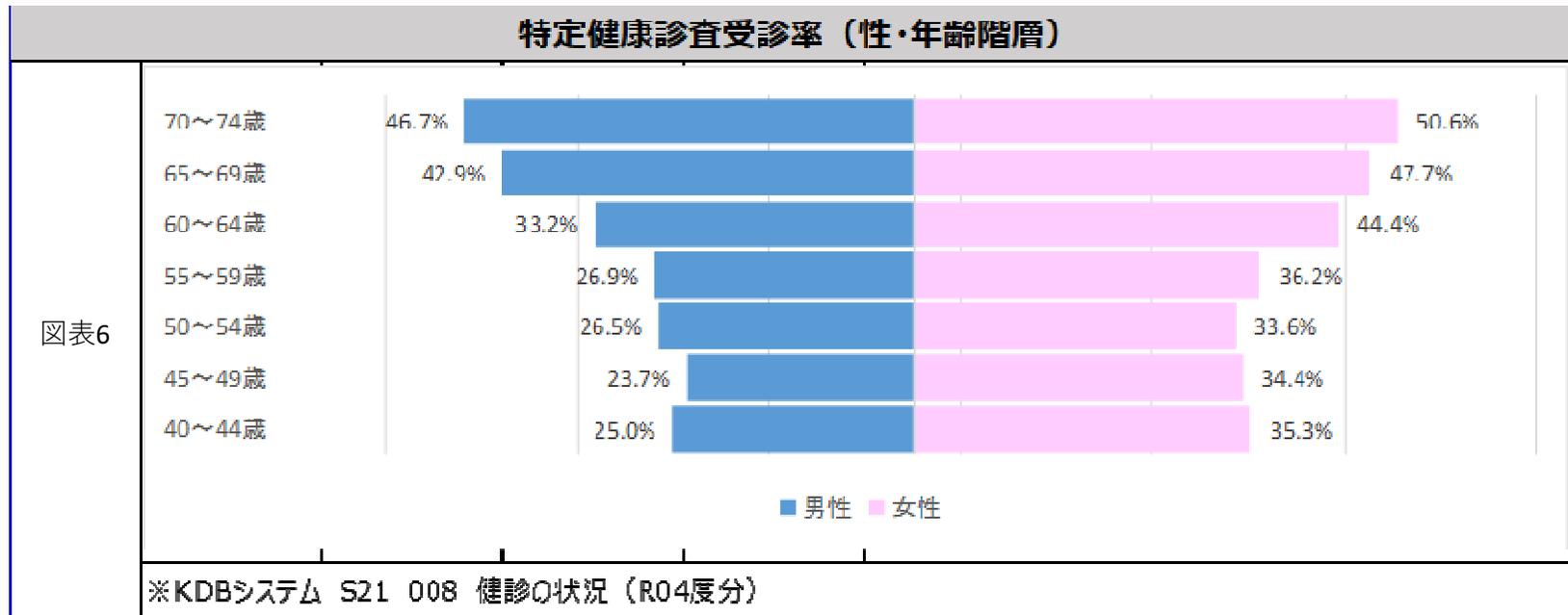
※KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（R04度分）

図表6 特定健康診査受診率（性・年齢階層）

出典 KDBシステム_S21_008_健診の状況 (R04度分)

データ分析の結果

特定健診の受診者数は、60代・70代が80%を占め、受診率（男・70～74歳：46.7%、女・70～74歳：50.6%）も他の年代と比べ高い。40代・50代は受診者数が少なく、受診率（男・45～50歳：23.7%、女・50～54歳：33.6%）も低くなっている。男性の受診率がすべての年代で女性より低くなっている。

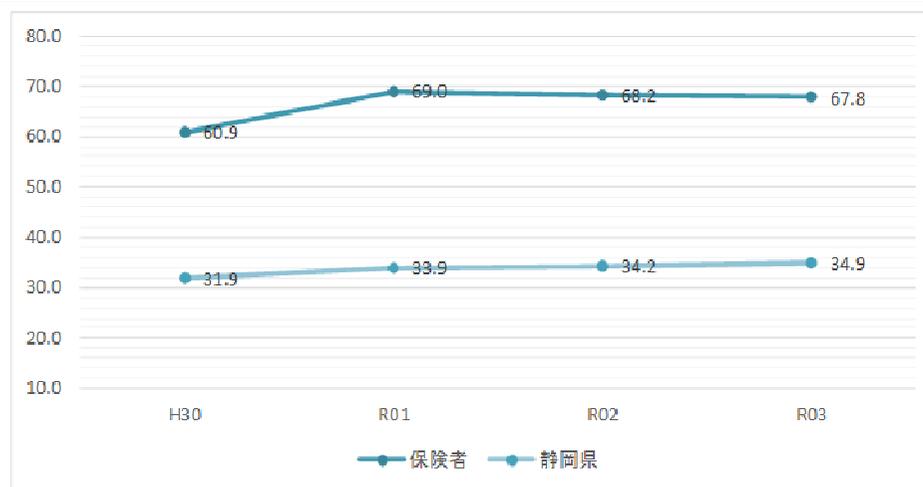


図表7 特定健康指導実施率（経年推移）

出典 KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（R04度分）

データ分析の結果 ●特定保健指導の実施率は68.3%で県平均（36.4%）より高い。

特定保健指導実施率（経年推移）



図表7

	H30	R01	R02	R03	R04
保険者	60.9	69.0	68.2	67.8	0.0
静岡県	31.9	33.9	34.2	34.9	5.7
司規模	29.2	27.9	28.0	27.5	10.1
国	23.8	24.2	23.8	24.0	9.0

※KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（R04度分）

図表8 藤枝市（令和4年度）静岡県共通評価指標

出典 KDBシステム

データ分析の結果

●HbA1c8以上、メタボの該当割合は県平均と比べると低いものの、高血圧（Ⅰ度以上）の該当者の割合は令和4年度で53.6%と県の52.1%よりも高い。（R1-4の平均の標準化でも拡張期血圧については男146.9、女145.6と高い。）LDL160以上についても、減少傾向ではあるが10.6%と県平均10.1%よりもやや高い。

共通評価指標	県/保険者	H29	H30	R01	R02	R03	R04	傾向	傾き	抽出元
特定健康診査受診率	保険者	48.9	48.8	48.4	35.3	36.2	—		-3.9	法定報告
	静岡県	38.2	38.7	38.7	35.2	36.7	—		-0.7	法定報告
特定保健指導実施率	保険者	59.4	61.1	69.6	67.1	68.3	—		2.4	法定報告
	静岡県	35.7	35.4	37.8	36.8	36.4	—		0.3	法定報告
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	保険者	17.3	19.6	18.7	10.0	15.3	—		-1.4	法定報告
	静岡県	22.6	22.2	21.7	17.3	21.6	—		-0.7	法定報告
HbA1c8.0以上の者の割合	保険者	—	1.1	1.1	0.9	0.8	1.0		0.0	KDB
	静岡県	—	1.1	1.2	1.2	1.3	1.2		0.0	KDB
平均自立期間	保険者 男性	—	81.2	80.8	80.1	80.1	80.8		-0.2	KDB
	女性	—	84.4	85.1	85.1	84.6	85.0		0.1	KDB
	静岡県 男性	—	80.0	80.0	80.1	80.2	80.3		0.1	KDB
	女性	—	84.4	84.4	84.4	84.4	84.6		0.0	KDB
内臓脂肪症候群の該当率の割合	保険者	12.0	12.3	12.7	13.5	12.7	—		0.3	法定報告
	静岡県	16.5	17.0	17.6	19.1	19.0	—		0.7	法定報告
高血圧症の該当者の割合 （高血圧Ⅰ度以上）	保険者	—	49.8	50.1	55.3	53.8	53.6		1.1	KDB
	静岡県	—	48.4	48.6	51.1	50.7	52.1		1.0	KDB
高血圧予備群の割合	保険者	—	11.9	11.8	13.0	12.4	12.5		0.2	KDB
	静岡県	—	11.9	11.8	12.3	12.1	12.9		0.2	KDB
参考指標	県/保険者	H29	H30	R01	R02	R03	R04	傾向	傾き	抽出元
運動習慣のある者の割合	保険者	—	45.8	44.7	46.3	47.2	44.6		0.0	KDB
	静岡県	—	42.0	41.6	41.0	40.8	41.2		-0.2	KDB
前期高齢者のうち、BMIが 20kg/m以下以下の者の割合	保険者	—	22.4	22.2	21.5	22.7	23.6		0.3	KDB
	静岡県	—	20.6	20.6	20.3	20.7	21.6		0.2	KDB
入院重症度標準化比 脳梗塞	保険者 男性	—	110.8	66.0	88.5	79.3	108.7		0.9	KDB
	女性	—	88.7	82.0	70.4	104.5	116.6		7.8	KDB
入院重症度標準化比 腎不全	保険者 男性	—	164.3	132.5	135.0	112.0	81.7		-18.6	KDB
	女性	—	66.5	66.2	59.5	16.0	62.2		-5.9	KDB
外来受診状況標準化比 高血圧性疾患	保険者 男性	—	101.3	100.9	104.6	100.1	99.2		-0.5	KDB
	女性	—	99.4	96.0	95.6	92.3	92.9		-1.7	KDB
脂質異常症有病者の割合 LDL-CL160mg/dl以上	保険者	—	13.8	13.1	14.1	11.8	10.6		-0.8	KDB
	静岡県	—	12.2	12.1	12.8	12.1	10.1		-0.4	KDB

図表9 特定健診質問票

KDBシステム_S21_007_質問票調査の状況健診有所見者情報 (R01-R04年度)

データ分析の結果

- 質問票の飲酒項目において、飲酒量（1～2合）および飲酒量（2～3合）が男女ともに県の標準化比が106を超えて高く、飲酒量（3合以上）は男性が県の標準化比102.4と高い。また、毎日飲酒は男性が、時々飲酒は女性が県の標準化比100を上回っている。
- 生活習慣改善意欲は男女ともに低く、「改善意欲なし」が男110.3、女106.8と高い。

		質問票					
		R01-R04(4年平均)				標準化比/対県	
		該当人数		該当者割合			
単位：%		男性	女性	男性	女性	男性	女性
	1日飲酒量（1～2合）	1,031	297	43.9%	18.5%	134.8	169.4
	改善意欲あひかつ始めて、	549	936	15.0%	18.7%	126.6	125.2
	改善意欲なし	1,213	1,217	33.1%	24.4%	110.3	106.8
	毎日飲酒	1,568	434	42.8%	8.7%	107.7	98.0
	1日飲酒量（2～3合）	383	45	16.3%	2.8%	106.8	113.7
	保鮮剤利用しない	2,482	3,165	67.7%	63.3%	104.2	103.0
	食べる速度が遅い	287	327	7.8%	6.5%	102.4	90.3
	1日飲酒量（3合以上）	87	8	3.7%	0.5%	102.4	82.6
	3食以外間食、時々	1,159	840	31.6%	16.8%	101.5	102.1
	3食以外間食、時々	2,110	3,163	57.6%	63.2%	101.1	102.0
	食べる速度が普通	2,335	3,664	63.7%	73.2%	100.9	103.4
	取り組み済み6ヶ月以上	867	1,234	23.7%	24.7%	100.5	105.8
	咀嚼、何でも	2,831	4,114	77.3%	82.2%	100.5	101.1
	咀嚼、かみにくい	805	878	22.0%	17.5%	99.5	95.9
	服薬、糖尿病	415	274	11.3%	5.5%	97.9	93.6
	食べる速度が遅い	1,041	1,011	28.4%	20.2%	97.3	92.1
	飲まない	1,274	3,482	34.8%	69.6%	96.7	97.7
	取り組み済み6ヶ月未満	288	489	7.9%	9.8%	95.0	96.3
	既往歴、脳卒中	156	117	4.3%	2.3%	94.3	101.8
	週3回以上就寝前夕食	539	324	14.7%	6.5%	94.1	84.4
	1日30分以上の運動習慣なし	1,893	2,823	51.7%	56.4%	94.0	92.7
	時々飲酒	821	1,085	22.4%	21.7%	93.7	109.0
	20分程度以上の歩行習慣なし	1,437	1,041	39.2%	20.8%	93.1	84.9
	歩行速度遅い	1,709	2,475	46.6%	49.5%	92.0	93.0
	既往歴、慢性腎臓病・腎不全	36	28	1.0%	0.6%	91.4	100.4
	服薬、高血圧症	1,430	1,386	39.0%	27.7%	91.1	86.9
	服薬、脂質異常症	855	1,603	23.3%	32.1%	91.1	95.7
	3食以外間食、毎日	394	999	10.8%	20.0%	90.9	92.8
	既往歴、心臓病	255	167	6.9%	3.3%	89.0	96.3
	睡眠不足	773	1,138	21.1%	22.8%	87.7	80.9
	1日1時間以上運動なし	1,588	2,121	43.3%	42.4%	87.1	84.0
	週3回以上朝食を抜く	285	209	7.8%	4.2%	85.0	74.2
	喫煙	590	164	16.1%	3.3%	82.0	68.3
	改善意欲あり	747	1,123	20.4%	22.5%	77.4	78.2
	1日飲酒量（1合未満）	851	1,250	36.2%	78.1%	74.4	90.9
	咀嚼、ほとんどかめない	28	11	0.8%	0.2%	74.0	60.8
	既往歴、脚血	77	448	2.1%	8.9%	40.8	61.6
	1年間で体重増減3kg以上	0	0	0.0%	0.0%	0.0	0.0
	週3回以上夕食後間食	0	0	0.0%	0.0%	0.0	0.0

※ KDBシステム_S21_007_質問票調査の状況健診有所見者情報 (R01-R04年度)
 ※ 国立保健医療科学院 (質問票調査の状況 年齢調整ツール Ver.3.6)

図表10 レセプト・健診結果等を組み合わせた分析

出典 茶っシステム

データ分析の結果

- 健診未受診かつ医療機関での治療のない人（健康状態不明者）が13.3%いる。
- 高血圧の有見者で未受診者が19.3%いる。

(健診状況 医療含)男性・女性(40～44歳・45～49歳・50～54歳・55～59歳・60～64歳・65～69歳・70～74歳・75歳)
 ※生活習慣病保有の有無はレセプト記載の副病含む傷病より判定を行っています。

健診対象者 26,862人 100.0%	健診未受診者 1,001人 3.7%	医療未受診者		受診動向判定値あり 642人 2.4%	重症度高レベルあり 183人 0.7%	
		医療未受診者		受診動向判定値なし 359人 1.3%	重症度高レベルなし 459人 1.7%	
	健診受診者 9,607人 35.6%	医療受診者 8,608人 31.9%	生活習慣病保有あり 7,192人 26.7%		受診動向判定値あり 4,529人 16.8%	重症度高レベルあり 1,414人 5.2%
			生活習慣病保有なし 1,414人 5.2%		受診動向判定値なし 2,669人 9.9%	重症度高レベルなし 8,115人 11.6%
	健診未受診者 17,955人 64.4%	医療未受診者 8,839人 14.2%	生活習慣病保有あり 11,174人 41.4%		受診動向判定値あり 742人 2.8%	重症度高レベルあり 148人 0.5%
			生活習慣病保有なし 2,342人 8.7%		受診動向判定値なし 672人 2.5%	重症度高レベルなし 586人 2.2%

医療未受診 ()は前年比 単位:ポイント

	血糖	血圧	脂質	肝機能	貧血	腎機能	尿酸
保健指導判定値未満	711人 71.0% (4.4)	486人 46.6% (-0.7)	332人 32.2% (0.5)	787人 78.6% (1.0)	56人 5.6% (-1.5)	781人 78.0% (-0.5)	790人 78.8% (0.5)
保健指導判定値以上 ～受診動向判定値未満	254人 25.4% (-2.8)	177人 17.7% (-1.2)	276人 27.6% (-2.8)	151人 15.1% (-1.9)	8人 0.8% (0.4)	200人 20.0% (3.3)	58人 5.8% (-0.9)
受診動向判定値以上	38人 3.8% (-1.8)	358人 35.8% (1.9)	399人 39.3% (-0.8)	83人 8.3% (0.8)	6人 0.6% (0.5)	20人 2.0% (0.2)	23人 2.3% (0.6)
受診動向判定値のうち重 症度の高いレベル	15人 1.5% (-1.4)	111人 11.1% (0.3)	68人 6.8% (-0.4)	5人 0.5% (0.1)	1人 0.1% (0.1)	7人 0.7% (0.3)	7人 0.7% (0.2)

	血糖	血圧	脂質	肝機能	貧血	腎機能	尿酸
保健指導判定値未満	4,338人 60.3% (3.0)	2,789人 38.6% (0.1)	3,045人 42.3% (2.4)	5,518人 76.7% (0.4)	368人 5.1% (-1.2)	5,095人 70.8% (-2.5)	5,344人 82.6% (0.3)
保健指導判定値以上 ～受診動向判定値未満	2,275人 31.6% (-3.2)	1,457人 20.3% (-1.2)	2,264人 31.5% (0.5)	1,205人 16.8% (-0.6)	58人 0.8% (0.3)	1,782人 24.5% (1.8)	341人 4.7% (-0.4)
受診動向判定値以上	581人 8.1% (0.2)	2,986人 41.2% (1.1)	1,883人 26.2% (-2.8)	469人 6.5% (0.1)	33人 0.5% (0.2)	335人 4.7% (0.9)	117人 1.6% (-0.2)
受診動向判定値のうち重 症度の高いレベル	255人 3.5% (0.1)	891人 12.4% (1.5)	224人 3.1% (-0.7)	95人 1.3% (0.1)	4人 0.05% (0.1)	123人 1.7% (0.4)	25人 0.3% (0.1)

	血糖	血圧	脂質	肝機能	貧血	腎機能	尿酸
保健指導判定値未満	1,113人 78.7% (2.4)	782人 55.3% (0.8)	492人 34.8% (4.4)	1,177人 83.2% (0.0)	91人 6.4% (-2.8)	1,161人 82.1% (-1.9)	1,184人 83.7% (1.0)
保健指導判定値以上 ～受診動向判定値未満	288人 20.2% (-2.6)	281人 19.5% (-1.2)	441人 31.2% (-1.8)	172人 12.2% (-1.2)	14人 1.0% (-0.3)	237人 16.8% (1.8)	40人 2.8% (-0.7)
受診動向判定値以上	15人 1.1% (0.2)	371人 26.2% (0.6)	481人 34.0% (-2.7)	85人 6.1% (1.3)	7人 0.5% (-0.3)	16人 1.1% (0.1)	16人 1.1% (0.1)
受診動向判定値のうち重 症度の高いレベル	5人 0.4% (0.1)	82人 5.8% (0.2)	59人 4.2% (-1.3)	3人 0.2% (0.1)	2人 0.1% (0.0)	4人 0.3% (0.0)	2人 0.1% (0.1)

令和4年度 処理分
藤枝市

TK80-単独保険者(男性・女性、40～44歳・45～49歳・50～

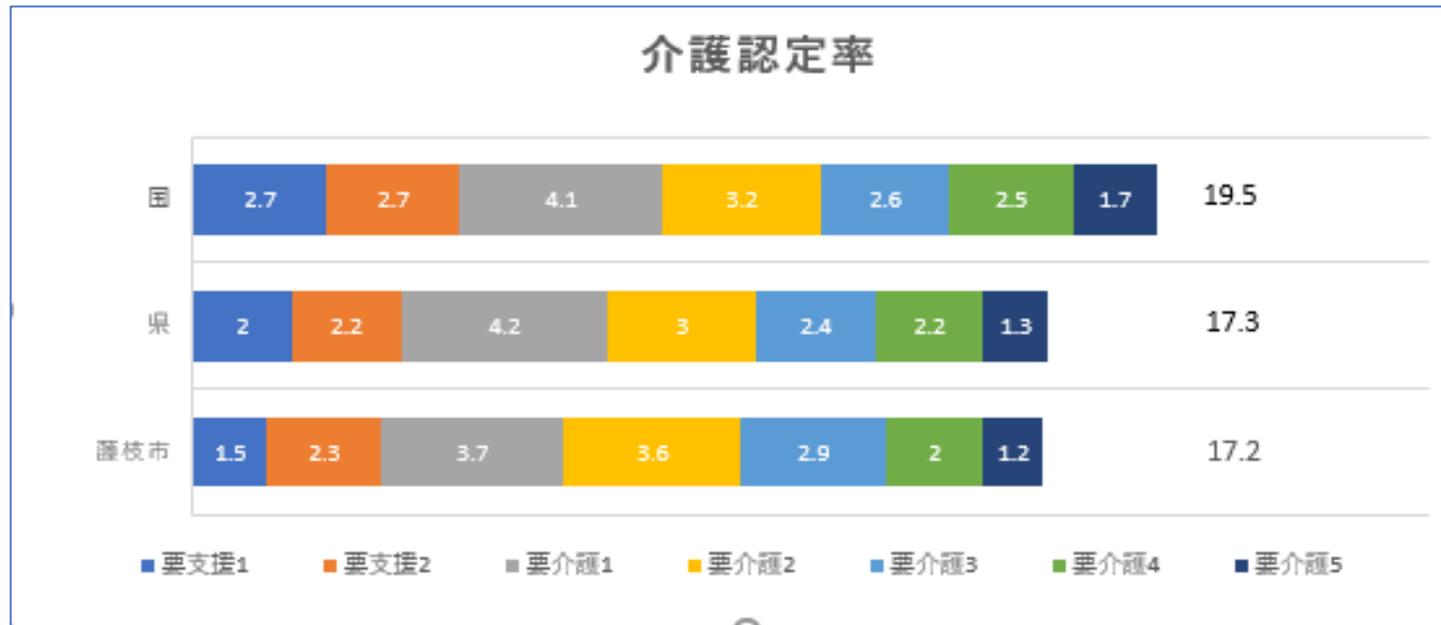
図表11

令和4年度介護認定率

出典 KDBシステム S29_003_健康スコアリング(介護) (R04年度分)

データ分析の結果

要介護認定率は17.2%で、県平均(17.3%)とほぼ同じで、国平均(19.5%)よりやや低い。しかし、要介護2と3の占める割合は国平均・県平均よりも高い。



図表12 静岡県共通評価指標

出典 静岡県抽出、国保連合会分析資料

データ分析の結果 ●高血圧の該当者の割合が近年上昇傾向にある。
●脳梗塞入院（標準化比）の女性が特に上昇傾向にある。

No	特定健診・特定保健指導に係る健診等データ	保険者	H29	H30	R01	R02	R03	R04	傾向	傾き	抽出元
1	高血圧症有病者	保険者 男性	100.7	100.4	99.3	100.8	—	—		-0.1	県
		女性	102.5	104.2	103.0	104.5	—	—		0.5	県
2	糖尿病有病者	保険者 男性	93.6	94.8	96.5	92.1	—	—		-0.3	県
		女性	89.9	89.7	88.1	85.1	—	—		-1.6	県
3	脂質異常症有病者	保険者 男性	95.8	95.7	96.3	96.1	—	—		0.1	県
		女性	97.8	98.8	96.7	96.3	—	—		-0.7	県

データ分析の結果 ●後期の医療費の負担が大きい疾患（合計）で骨折が、男123.8、女132.4と高い。将来的に医療費の負担が高い疾患も骨折が上位を占めている。

後期_医療費の負担が大きい疾患、標準化比					
医療費分析(2) 細小分類				標準化比/対果	
R04年度				R01-R04年度(4年平均)	
入外区分	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性
合計	骨折	1,033,502,250	6.2	123.8	132.4
	慢性腎臓病 (透析あり)	937,468,630	5.6	92.0	80.3
	糖尿病	699,472,940	4.2	97.9	93.1
	関節疾患	665,071,370	4.0	93.1	96.9
	脳梗塞	647,284,600	3.9	107.4	100.5
	不整脈	605,273,870	3.6	82.0	75.3
	高血圧症	565,051,550	3.4	92.6	95.6
	骨粗しょう症	509,956,290	3.0	94.7	88.5
	前立腺がん	421,393,460	2.5	132.2	0.0
	緑内障	274,969,500	1.6	131.6	136.2
入院	骨折	968,222,160	12.3	124.2	134.2
	脳梗塞	567,497,170	7.2	107.7	100.3
	関節疾患	296,834,520	3.8	101.4	113.1
	骨粗しょう症	244,611,860	3.1	130.3	133.1
	慢性腎臓病 (透析あり)	229,326,350	2.9	75.3	84.6
	不整脈	179,620,270	2.3	62.9	70.1
	肺炎	154,994,280	2.0	71.7	63.4
	心臓弁膜症	139,762,730	1.8	73.9	95.8
	認知症	132,629,570	1.7	69.8	126.9
	大動脈瘤	124,689,390	1.6	82.4	127.4
外来	慢性腎臓病 (透析あり)	708,142,280	7.9	98.0	78.1
	糖尿病	658,664,630	7.4	99.0	94.2
	高血圧症	551,206,880	6.2	94.3	97.4
	不整脈	425,653,600	4.8	91.2	77.9
	前立腺がん	378,811,240	4.2	135.3	0.0
	関節疾患	368,236,850	4.1	88.8	86.0
	脂質異常症	271,092,820	3.0	84.6	92.4
	緑内障	267,897,750	3.0	136.5	140.6
	骨粗しょう症	265,344,430	3.0	74.8	73.1
	肺がん	166,647,010	1.9	81.7	82.0

※医療費・割合：KDBシステム_S23_002_医療費分析(2) 中、細小分類 (R04年度)
 ※標準化比：KDBシステム_S23_005_細小分類 (R01-R04)
 *国立保健医療科学院ツール (医療費の疾患別内訳見える化ツールKDB細小S2分類Ver1.7)

将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患						
図表14	入院	細小分類	後期-国保の医療費の差	外来	細小分類	後期-国保の医療費の差
		骨折	814,344,670		慢性腎臓病 (透析あり)	391,138,900
		脳梗塞	426,877,950		前立腺がん	300,218,970
		骨粗しょう症	207,748,730		不整脈	298,422,020
		関節疾患	176,117,950		高血圧症	231,932,890
		慢性腎臓病 (透析あり)	143,481,240		骨粗しょう症	185,822,010

※医療費・割合：KDBシステム_S23_002_医療費分析(2) 中、細小分類 (R04年度)

(別紙) 特定健康診査の実施項目

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を必要とする人を抽出するために国が定めた項目に加え、追加の検査(尿酸・尿潜血)を実施します。(実施基準第1条4項)

I 全員が受ける基本的な健診項目

- 質問項目(問診)
- 身体計測:身長・体重・BMI・腹囲
- 血圧測定
- 理学的検査(身体診察)
- 脂質検査:空腹時中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール

※やむを得ない場合は随時中性脂肪

II 健康・医療情報等の分析と課題

- 血糖検査:空腹時血糖・HbA1c検査 ※やむを得ない場合は随時血糖
- 尿検査:尿糖・尿蛋白

II 詳細な健診項目

以下の基準に該当する者のうち、医師が必要と認める者については、貧血検査(赤血球数、血色素量[ヘモグロビン値]、ヘマトクリット値)、心電図検査、眼底検査、血清クレアチニン検査(eGFRによる腎機能の評価を含む)の詳細な健診を実施します。

- 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
- 心電図検査:当該年度の健診結果等において、収縮期140mmHg以上、又は拡張期90mmHg以上、又は問診等で不整脈が疑われる者
- 眼底検査:当該年度の健診結果等において血圧又は血糖が、以下の判定基準に該当した者

【判定基準】

血 圧	収縮期140mmHg以上、又は拡張期90mmHg以上
血 糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)が6.5%以上 又は随時血糖値が126mg/dl以上

ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む

- 血清クレアチニン検査:当該年度の健診結果等において血圧又は血糖が、以下の判定基準に該当した者

【判定基準】

血 圧	収縮期130mmHg以上、又は拡張期85mmHg以上
血 糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上

III 独自の追加健診項目

尿潜血・尿酸・総コレステロール・白血球数・血小板

※平成19年度までの住民健診レベルを落とさないよう希望者には、詳細な健診と同内容の検査及び追加健診項目の検査を実施します。

要指導対象者の見込み、選定と優先順位・支援方法

優先順位	様式	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の割合)
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆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	670 (9.3)
2	M	情報提供（受診必要）	◆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に支援	1,799 (24.9)
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	17,478
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	1,242 (17.2)
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆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 ◆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	3,506 (48.6)

健診から保健指導実施へのフローチャート

