

# 大田区国民健康保険 第3期データヘルス計画

令和6（2024）年度～令和11（2029）年度

令和6年3月  
東京都大田区



# 目次

第1章 基本的事項	5
1 計画の趣旨	5
2 計画の位置づけ	6
3 標準化の推進	6
4 計画期間	6
5 実施体制・関係者連携	6
第2章 現状の整理	7
1 大田区の状況	7
(1) 平均余命・平均自立期間	7
(2) 人口動態	8
(3) 国保加入率・被保険者構成	9
(4) 医療サービス（病院数・診療所数・病床数・医師数）	9
2 前期計画等に係る考察（仮評価段階）	10
(1) 第2期データヘルス計画の目標評価・考察	10
(2) 第2期データヘルス計画の個別事業評価・考察	13
第3章 健康・医療情報等の分析と分析結果に基づく健康課題の抽出	25
1 死因別状況	26
(1) 生活習慣病に関連する死因別割合	26
2 介護の状況	28
(1) 要介護（要支援）認定者割合	28
(2) 要介護・要支援認定者の有病状況	28
3 医療の状況	29
(1) 総医療費及び一人当たり医療費	29
(2) 疾病分類別医療費	31
(3) 生活習慣病における医療費及び受診率	35
(4) 生活習慣病における有病状況	41
(5) 高額なレセプトの状況	42
4 服薬の状況	44
(1) 重複服薬の状況	44
(2) 多剤服薬の状況	45
(3) 後発医薬品の使用状況	46
5 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況	48
(1) 特定健診受診率	48
(2) 有所見者の状況	52
(3) メタボリックシンドロームの状況	53
(4) 特定保健指導実施率	55
(5) 特定保健指導対象者の減少率	56
(6) 受診勧奨対象者の状況	57
(7) 質問票の状況	60
6 高齢者の状況	61
(1) 保険種別（国民健康保険及び後期高齢者医療制度）の被保険者構成	61
(2) 年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況	61

(3) 保険種別の医療費の状況.....	62
(4) 後期高齢者の健診受診状況.....	63
(5) 後期高齢者の健診における質問票の回答状況.....	64
第4章 保健事業の内容.....	65
第5章 個別保健事業.....	66
1 保健事業の整理.....	67
(1) 特定健康診査（人間ドック受診助成含む）.....	67
(2) 早期介入保健事業.....	68
(3) 特定保健指導.....	69
(4) 糖尿病性腎症重症化予防保健指導.....	70
(5) 医療機関受診勧奨.....	71
(6) 歯科受診勧奨.....	72
(7) 循環器病予防受診勧奨（新規）.....	73
(8) 後発医薬品利用促進事業.....	74
(9) 適正服薬推進事業.....	75
(10) 健康ポイント事業（連携実施） ※区民向け事業.....	76
第6章 計画の評価・見直し.....	77
1 評価の時期.....	77
(1) 個別事業計画の評価・見直し.....	77
(2) データヘルス計画の評価・見直し.....	77
2 評価方法・体制.....	77
第7章 計画の公表・周知.....	77
第8章 個人情報の取扱い.....	77
第9章 地域包括ケアに係る取組の検討.....	77
第10章 第4期 特定健康診査等実施計画.....	78
1 計画の背景・趣旨.....	78
(1) 計画策定の背景・趣旨.....	78
(2) 特定健診・特定保健指導を巡る国の動向.....	78
(3) 計画期間.....	79
2 第3期計画における目標達成状況.....	80
(1) 全国の状況.....	80
(2) 大田区の状況.....	81
(3) 国の示す目標.....	86
(4) 大田区の目標.....	86
3 特定健診・特定保健指導の実施方法.....	87
(1) 特定健診.....	87
(2) 特定保健指導.....	89
(3) その他.....	90
4 その他.....	91
(1) 計画の公表・周知.....	91
(2) 個人情報の保護.....	91
(3) 実施計画の評価・見直し.....	91

**【出典解説】**

データヘルス計画の標準化(後段で説明)に伴い、本計画に記載された図表類は、以下のとおり、主に都内保険者共通システムのデータベースを活用している。

- KDB帳票.....国保連合会が管理するKDB(国保データベース)システムから出力可能な、健診、医療、介護等の統計情報が記載された各種帳票。  
※KDBシステムについては、巻末の用語集参照
- sucoyaca.....KDBシステムを補完する外付システム。データを活用した統計分析をサポートするシステム。
- 法定報告値.....高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、保険者が毎年報告を義務付けられている特定健康診査・特定保健指導の実施率等の統計情報(確定値)。

※その他出典は、厚生労働省の公表値などを使用

# 第1章 基本的事項

## 1 計画の趣旨

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」ことが示された。これを踏まえ、平成26年3月に示された「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」において、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な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行う」ものとされた。このため、大田区では平成28年度から29年度を第1期、平成30年度から令和5年度を第2期としてデータヘルス計画を策定している。

平成30年4月からは都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」において、「保険者の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。

その後、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI（重要業績評価指標）の設定を推進する。」と示された。

この間大田区国民健康保険では、東京都データヘルス計画支援事業を活用し、令和2年度に第2期データヘルス計画中間評価により計画の見直しを行い、令和5年度の目標達成に向け事業を推進しているところである。

このような背景・経過により、令和6年度から11年度の6年間で第3期とするデータヘルス計画を策定する。本計画では、被保険者の健康の保持増進や生活の質（QOL）の維持及び向上を図り、「健康寿命の延伸」及び「医療費の適正化」に資することを目的に、幅広い年代の健康課題を的確に捉え、保健事業の実施、評価、改善等を行うこととする。

### データヘルス計画に関するこれまでの国の動向

平成20年	高齢者の医療の確保に関する法律により、保険者に対し特定健康診査・特定保健指導実施を義務付け
平成25年	「日本再興戦略」（閣議決定）により、国民の健康保持増進のため「データヘルス計画」を導入
平成26年	「保健事業の実施等に関する指針」の一部改正により、データヘルス計画の策定・実施の推進
平成28年	「日本再興戦略2016」（閣議決定）により、データヘルス計画を通じた健康・予防の取組強化
	<b>第1期データヘルス計画（～平成29年度までの2年間）</b>
平成30年	国民健康保険制度改革により、都道府県が国民健康保険の共同保険者となる
	<b>第2期データヘルス計画（～令和5年度までの6年間）</b>
令和2年	「経済財政運営と改革の基本方針（骨太方針）2020」により、データヘルス計画の標準化を推進
令和4年	「新経済・財政再生計画改革工程表2022」により、データヘルス計画における共通評価指標やKPIの設定
令和6年	<b>第3期データヘルス計画（～令和11年度までの6年間）</b>

## 2 計画の位置づけ

データヘルス計画とは、「被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するもの」とデータヘルス計画策定の手引き（厚生労働省）において定義されている。（以下、特定健康診査を「特定健診」という。）

本計画は、区の最上位の指針である「大田区基本構想」に基づく健康分野の計画であり、区の健康増進計画「おおた健康プラン（第三次）」、高齢者福祉計画・介護保険事業計画「おおた高齢者施策推進プラン」及び東京都医療費適正化計画と調和を図るものとする。

また、「第4期大田区特定健康診査等実施計画」を内包し、特定健診を基盤とした各種保健事業を、PDCAサイクルに沿って効果的に実施していく。

## 3 標準化の推進

データヘルス計画が都道府県レベルで標準化されることにより、共通の評価指標による域内保険者の経年的なモニタリングができるようになるほか、地域の健康状況や健康課題の分析方法、計画策定、評価等の一連の流れを共通化することで、これらの業務負担が軽減されることが期待されている。

大田区では、東京都等の方針を踏まえ、データヘルス計画を運用することとする。

## 4 計画期間

本計画の期間は、令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの6年間である。

## 5 実施体制・関係者連携

大田区では区民部国保年金課が保健事業の中心的な役割を担うため、健康政策部、福祉部、地域力推進部、企画経営部等関係部局との連携のもと、保険者の健康課題を分析し計画を策定する。

計画の策定にあたっては、共同保険者である東京都との連携のほか、東京都国民健康保険団体連合会（以下、「国保連合会」という。）に設置される保健事業支援・評価委員会の活用により、事業の適切な評価や助言を受けるとともに、区内医師会、歯科医師会、薬剤師会等の保健医療関係者等との意見交換や情報共有を行う。

本計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高めるうえでは、被保険者自身が主体的かつ積極的に健康増進に取り組むことが重要である。このため、パブリックコメントをとおして被保険者の意見を本計画に反映するプロセスを経る。

計画策定後は、計画に基づき効果的・効率的な保健事業を実施し、個別事業や計画の評価・見直しをしながら推進していく。

## 第2章 現状の整理

### 1 大田区の状況

#### (1) 平均余命・平均自立期間

大田区全体の平均余命※を男女別にみると（図表2-1-1-1）、男性の平均余命は81.2年で、国・都より短く、都との差は0.8年である。女性の平均余命は87.9年で、都より短く、差は0.3年である。

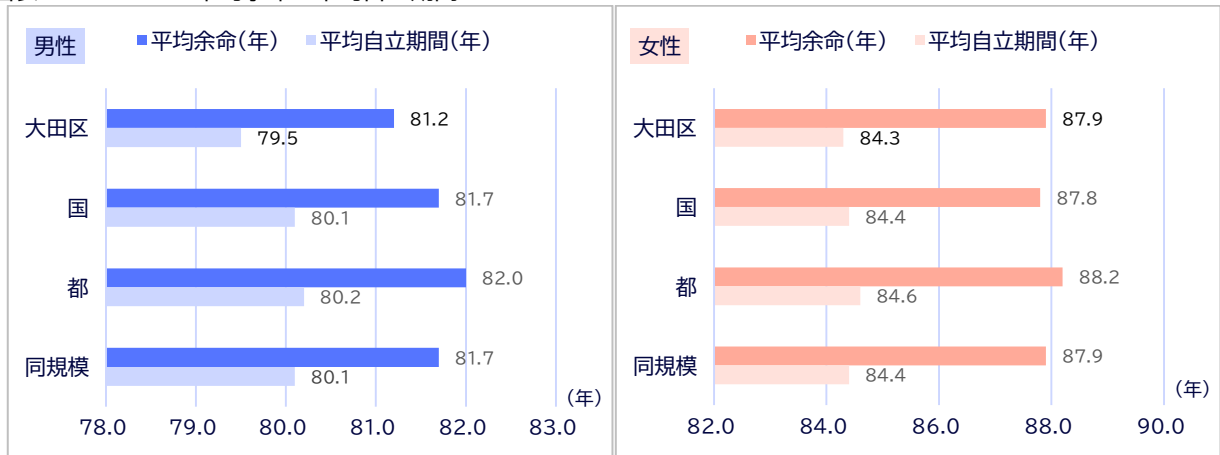
平均自立期間※を男女別にみると（図表2-1-1-1）、男性の平均自立期間は79.5年で、国・都より短く、都との差は0.7年である。女性の平均自立期間は84.3年で、都より短く、差は0.3年である。

続いて、平均余命と平均自立期間の差分を不健康期間とみて、4年間の推移をみると（図表2-1-1-2）、令和4年度では男性が1.7年、女性が3.6年となっており、令和元年度以降、共にやや縮小傾向にある。

※平均余命：ある年齢の人々がその後何年生きられるかの期待値であり、下表では0歳での平均余命を示し、平均寿命と同義としている。

※平均自立期間：0歳の人が必要介護2の状態になるまでの期間。本計画書では「健康寿命」と同義と捉えているが、東京都の共通評価指標では「平均自立期間」としているため同じ表記とした。

図表2-1-1-1：平均余命・平均自立期間

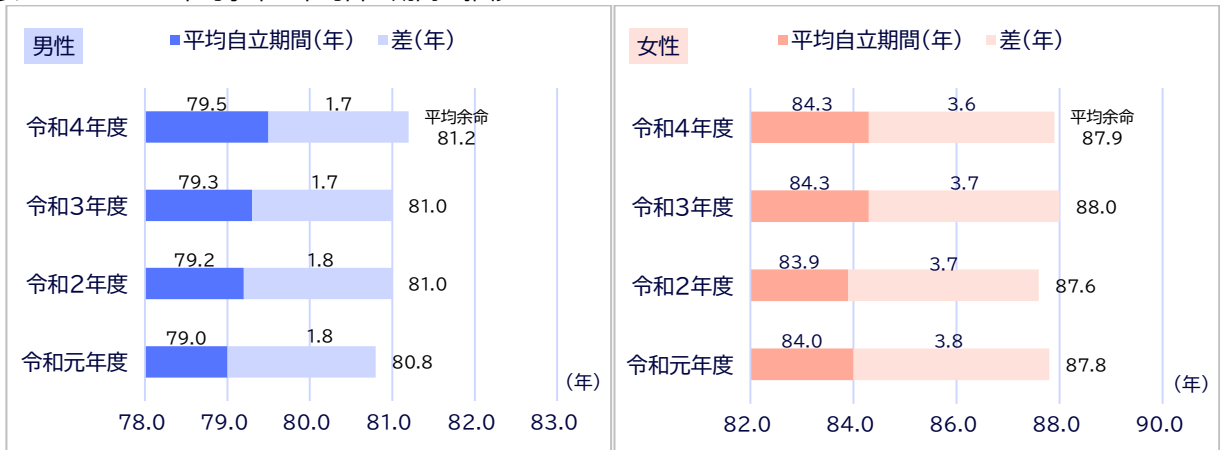


【出典】KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計（厚生労働省「簡易生命表」、総務省「人口動態調査」、「住民基本台帳年齢階級別人口(市区町村別)」より算出された値）

※表内の「国」とは、市町村国保全体を指す（KDB帳票を用いた分析においては以下同様）

※表内の「同規模」とは、人口が同程度の市町村を指している（以下同様）

図表2-1-1-2：平均余命と平均自立期間の推移



【出典】KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和元年度から令和4年度 累計（厚生労働省「簡易生命表」、総務省「人口動態調査」、「住民基本台帳年齢階級別人口(市区町村別)」より算出された値）

## (2) 人口動態

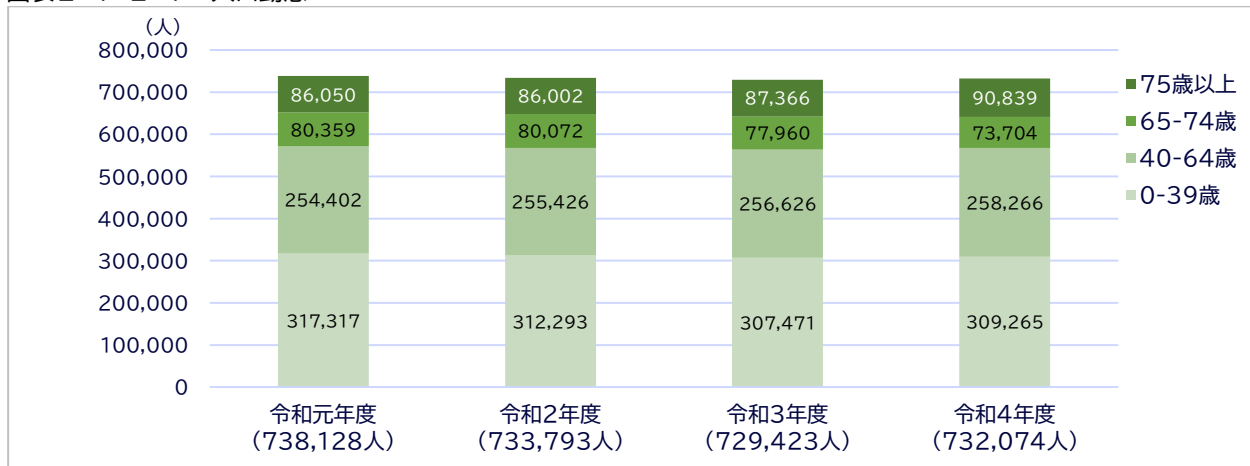
大田区の人口をみると（図表2-1-2-1）、令和4年度は732,074人で、令和元年度（738,128人）以降6,054人減少している。

人口構成をみると、75歳以上及び40-64歳の割合が増加傾向にある。

総人口に65歳以上人口が占める割合を高齢化率と定義し、4年間の推移をみると（図表2-1-2-2）、令和4年度では22.5%で、令和元年度以降ほぼ一定で推移している。

また、国との比較では5～6%低く、都との比較ではほぼ同率で推移している。

図表2-1-2-1：人口動態



	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
0-39歳	317,317人	43.0%	312,293人	42.6%	307,471人	42.2%	309,265人	42.2%
40-64歳	254,402人	34.5%	255,426人	34.8%	256,626人	35.2%	258,266人	35.3%
65-74歳	80,359人	10.9%	80,072人	10.9%	77,960人	10.7%	73,704人	10.1%
75歳以上	86,050人	11.7%	86,002人	11.7%	87,366人	12.0%	90,839人	12.4%
合計	738,128人	-	733,793人	-	729,423人	-	732,074人	-

【出典】住民基本台帳 令和元年度から令和4年度

図表2-1-2-2：高齢化率

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
大田区_高齢化率	22.5%	22.6%	22.7%	22.5%
国_高齢化率	27.9%	28.2%	28.5%	28.6%
都_高齢化率	22.6%	22.7%	22.8%	22.7%

【出典】住民基本台帳 令和元年度から令和4年度

※大田区に係る数値は、各年度の4月1日時点の人口を使用し、国及び都に係る数値は、総務省が公表している住民基本台帳を参照しているため各年度の1月1日の人口を使用している（住民基本台帳を用いた分析においては以下同様）



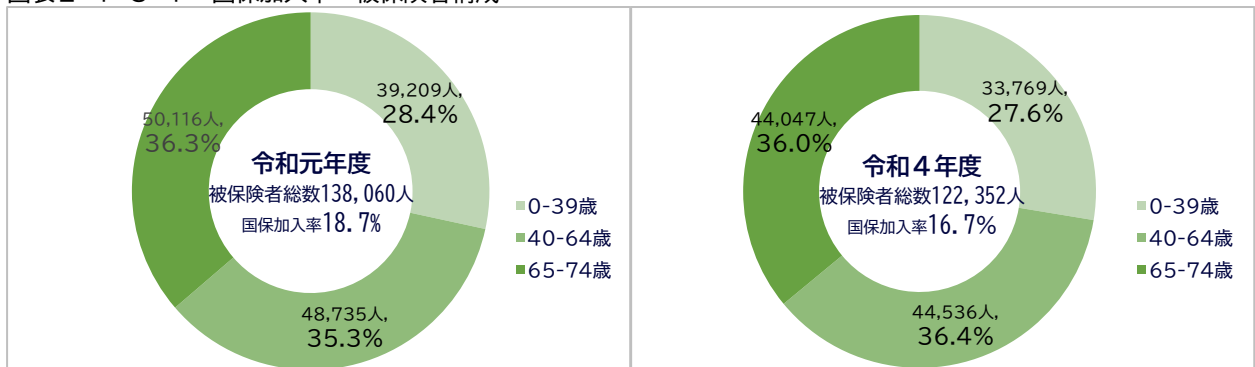
### (3) 国保加入率・被保険者構成

令和4年度における大田区国民健康保険の（以下「国保」という。）の加入者数は122,352人で、令和元年度（138,060人）と比較して15,708人減少している（図表2-1-2-1）。被保険者数の減少は、団塊世代が後期高齢者医療保険制度（以下「後期高齢者」という。）に移行していることが影響していると考えられる。

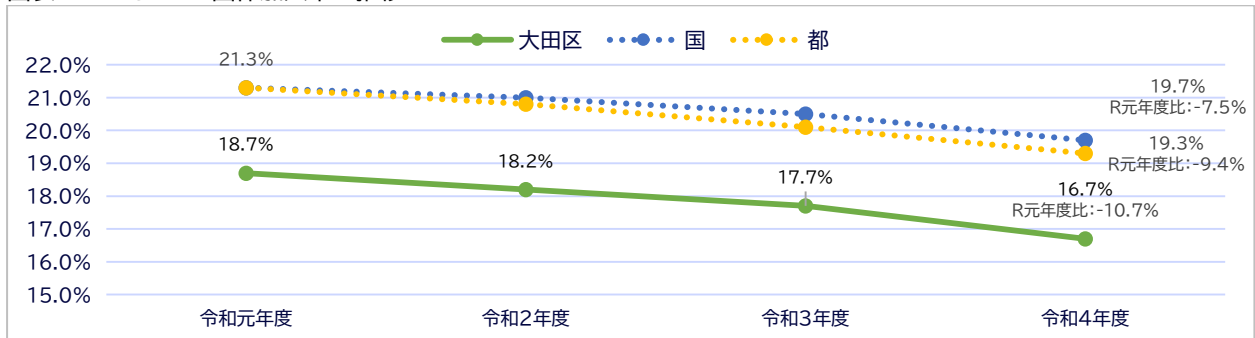
被保険者の年齢構成をみると、令和元年度時点では65歳以上の被保険者割合が最も高かったが、令和4年度においては40-64歳の被保険者割合が36.4%、65歳以上が36.0%と40-64歳の割合が最も高くなっている。

令和4年度における国保加入率は16.7%で、国保加入率は国・都より低い（図表2-1-3-2）。国保加入率の推移をみると、国・都と同様令和元年度以降減少しており、減少率は国・都より大きい。

図表2-1-3-1：国保加入率・被保険者構成



図表2-1-3-2：国保加入率の推移



【出典】住民基本台帳 令和元年度から令和4年度

KDB帳票 S21\_006-被保険者構成 令和元年から令和4年 年次

※加入率は、KDB帳票における年度ごとの国保加入者数を住民基本台帳における年毎の人口で割って算出している

### (4) 医療サービス（病院数・診療所数・病床数・医師数）

医療サービスの状況（図表2-1-4-1）を被保険者千人当たりで国・都・同規模自治体と比較した場合、大田区は病床数がいずれと比較しても少なく、医師数は国より多いものの都・同規模自治体より少ない状況である。

図表2-1-4-1：医療サービスの状況

(千人当たり)	大田区	国	都	同規模
病院数	0.2	0.3	0.2	0.3
診療所数	4.9	4.0	5.1	4.8
病床数	39.0	59.4	46.0	62.8
医師数	15.4	13.4	17.6	17.4

【出典】KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

※病院数・診療所数・病床数・医師数を各月ごとの被保険者数から算出する年間平均被保険者数で割ったものである

※KDBシステムでは医療施設（動態）調査及び医師・歯科医師・薬剤師統計をもとに集計している

## 2 前期計画等に係る考察（仮評価段階）

### （1）第2期データヘルス計画の目標評価・考察

3つの目標「健康・医療情報のデータ分析に基づいた被保険者の健康の保持増進」「被保険者の健康寿命の延伸」「医療費の適正化」の達成状況について、令和2年度の中間評価で設定した計画全体の評価指標や目標値を基に仮評価するとともに、振り返りや考察を第3期計画につなげる。

#### ア 計画全体の評価

【評価の凡例】 A：うまくいっている B：ある程度うまくいっている C：あまりうまくいっていない  
D：まったくうまくいっていない E：実施できていない

アウトカム指標	ベースライン	目標	実績（経年）						指標評価
			平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	
健康寿命・平均自立期間【歳】	H28 男78.4 女82.9	延伸	男 79.1 女 83.2	男 79.0 女 84.0	男 79.2 女 83.9	男 79.3 女 84.3	男 79.5 女 84.3	未確定	A
患者数（千人当たり）【人】	H28外来683.1 入院16.5	ベースライン以下	外来 695.3 入院 16.9	外来 694.0 入院 16.8	外来 639.4 入院 15.4	外来 692.6 入院 16.3	外来 709.0 入院 16.6	未確定	C
メタボ率（予備群含む）【%】	H28 男49.3 女15.5	ベースライン以下	男 51.3 女 16.8	男 52.3 女 16.6	男 56.0 女 18.4	男 55.1 女 17.0	男 53.4 女 17.2	未確定	C
特定健康診査受診率【%】	H28 38.0	43.0	36.6	36.9	36.2	38.0	38.0	未確定	C
アウトプット指標	ベースライン	目標	実績		指標評価				
			実施事業	成果					
保健事業の実施状況	【主な事業】 特定健診、特定保健指導、 糖尿病性腎症重症化予防	特定健診受診と各種保健事業の参加率向上	特定健診（1）受診勧奨	受診率がベースラインまで回復したが目標値は未到達	C				
			特定健診（2）人間ドック受診助成	業務プロセス見直しを実施 助成件数が増加	B				
			特定健診（3）事業者健診データ活用	件数が少ない状況で推移	C				
			特定保健指導	実施手法を改善（追加） 実施率目標値は未到達	C				
			早期介入保健事業	申込率目標達成も、40歳の健診受診率目標は未到達	B				
			糖尿病性腎症重症化予防	医師会との連携強化で実施体制が安定 参加者数目標未到達	B				
			医療機関受診勧奨	PDCAのもと抽出条件を精査	B				
			歯科受診勧奨	PDCAのもと抽出条件を精査	B				
			後発医薬品利用促進	普及率は増加しているが目標値は未到達	B				
			適正な受診・服薬の促進	薬剤師会等の協力体制を構築し、事業に反映	B				
健康づくりの取組支援	国保の参加者割合が増加	B							
プロセス指標	ベースライン	目標	実績				指標評価		
健診データ・レポート等のデータに基づいた現状分析、事業選択の実施	KDBシステムのみ。現状分析は手探り状態。	受診勧奨、保健指導のシステムの継続的な管理を確実に進行。	H30：医療費分析システムを受診勧奨等に活用 R2：全数調査に基づきKDBを活用した受診勧奨を実施。実施後効果検証方法を見直し。 R3：受診勧奨対象者の抽出条件を精査。 R4：医療費分析システム提供終了に伴い、保健事業管理システムへの転換準備。 R5：KDBの活用推進。保健事業管理システムを活用し保健事業の一元管理を開始					B	
ストラクチャー指標	ベースライン	目標	実績				指標評価		
庁内・庁外関係機関との連携	関連部局との連携が進む。 医師会との連携が始まる。	庁内、庁外とも緊密な連携のもと確実な事業実施を図る	H30：かかりつけ医の検査データ活用（R元終了） 糖尿病性腎症重症化予防事業の医師会委託開始（継続中） 歯科医師会、健康づくり課と連携し歯科分析実施 R元：医療機関へ特定健診の白紙受診票配布（継続中） 歯科受診勧奨開始（継続中） 健康ポイント事業を拡大し健康づくり課に事務移管 R2：薬剤師会との連携：健診受診勧奨カード配布協力（R3終了） R3：一部医療機関による特定保健指導の試行開始（R5から正式実施） 重複・多剤服薬者への保健指導について、都モデル事業に参加し薬剤師会との連携が進む（R4終了） R4：ICTを活用した特定保健指導の開始（継続中） R5：適正服薬事業：医師会・薬剤師会・区内地域薬局との連携（都モデル事業から移行） 【その他】東京都国保ヘルスアップ支援事業による支援（継続中） 保健事業支援・評価委員会による助言の活用（継続中） 東京都データヘルス計画支援事業の活用（継続中）					B	

## イ 計画全体の振り返りと考察

指標評価について
<ul style="list-style-type: none"><li>・健康寿命・平均自立期間は僅かではあるが概ね延伸傾向といえる。指標に他との比較の視点がなかったが、今回の分析では男女とも都より短い結果であった。健康寿命の延伸は最終目的といえるため、都や他区、同規模自治体等と比較し評価しながら計画全体の事業を検討する必要がある。</li><li>・千人あたり患者数は、ベースラインより増加しているため評価としてはC判定ではあるが、コロナ明け・コロナ不安による医療機関受診の増加や、年々被保険者の高齢者割合が増加していることが原因であると推察される。</li><li>・メタボ該当者割合は増加傾向のため、計画全体の指標として引き続き注視しながら生活習慣病対策の舵とりを継続する必要がある。</li><li>・特定健診受診率は計画中盤で低下したが、令和4年度時点でベースラインの38%まで回復した。はがきによる受診勧奨や人間ドック受診助成に受診率向上の効果を評価しているが即効性は見いだせず、中間評価で下方修正した目標値43%には到達しなかった。</li><li>・保健事業の実施状況については、各事業の目標値設定が難しく、事業の進展や実績について適切な評価に至らない部分があるが、概ねPDCAを回しながら着実に実施できたものと評価する。</li><li>・健診データ・レセプト等のデータに基づいた現状分析、事業分析の実施については、委託事業者や都のデータヘルス計画支援事業を活用し、区独自の健康課題の抽出や、課題に対する施策の検討はできていた。</li><li>・庁内・庁外関係機関との連携については、事業を推進する過程で協力体制が深化・構築されてきているが、評価指標が論理的ではなかったため、達成度が曖昧であった。</li></ul>
うまくできていた点
<p>【ストラクチャー】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>(1) 医師会・歯科医師会・薬剤師会等との連携が進み、地域資源を活用した保健事業を推進することができた。</li><li>・医師会：健診委員会の活用、糖尿病性腎症重症化予防事業委託の開始及び運営の安定化、保健事業の相談体制の構築</li><li>・歯科医師会：歯科分析によって得た歯周病と糖尿病における因果関係のエビデンスをもとに受診勧奨事業を開始。健康づくり課と連携し事業実施・報告を定例化した。</li><li>・薬剤師会：健診受診勧奨カード配布や重複・多剤服薬の都モデル事業参加において連携が進んだ。</li><li>・薬剤師会及び区内地域薬局：事業協力体制が整い適正服薬推進事業（都モデル事業の継承事業）の拡大に結びついた。</li><li>(2) 庁内連携では、特に健康づくり課との協力体制が強固となっている。</li><li>・特定健診・特定保健指導をはじめ、糖尿病性腎症重症化予防や歯科受診勧奨等での協力関係を構築している。</li><li>(3) 事業の実施体制見直しと工夫ができた</li><li>・一部医療機関との個別契約が実現した。（特定保健指導）</li><li>・区民対象事業として転換・拡大したことに伴い、国保加入者の参加者数が増加した。（健康ポイント事業）</li><li>(4) 職員体制について人的配置が進み、研修受講等により知見を得ながら事業のPDCAを回すことができてきている。</li></ul> <p>【プロセス】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・中間評価では、地域別の分析により特性や健康課題の違いを把握できた。</li><li>・事業の対象・要件等の精査見直しを都度実施した。（特定健診受診勧奨、簡易血液検査、医療機関受診勧奨、歯科受診勧奨）</li><li>・業務フロー、様式等の見直しを実施した。（人間ドック、特定保健指導、糖尿病性腎症重症化予防保健指導）</li><li>・ICTの導入により、オンラインでの保健指導を実施した。（特定保健指導）</li><li>・国が利用を推奨しているKDBデータを、以前より各保健事業に活用できる機会が増え、標準化の流れにも対応できた。</li></ul> <p>【アウトプット・アウトカム】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・人間ドック受診助成：広報や申請方法の簡素化により年々利用者が増加し、健診受診率の向上に寄与している。</li><li>・特定健診受診勧奨：はがき勧奨を重点的に推進し、5年ぶりの受診率の回復につながった。</li><li>・特定保健指導：ICT導入が有効なツールとして機能している。また、一部医療機関ではあるが、初回面接までの時間短縮が実現したことは高く評価できる。</li><li>・糖尿病性腎症重症化予防保健指導：HbA1c改善者割合が増加傾向となっている。</li><li>・医療機関受診勧奨：HbA1cが8.0以上の未治療者が減少傾向となっている。</li><li>・後発医薬品数量普及率：目標値80%に近付きつつある。</li></ul>

## うまくできていなかった点

### 【ストラクチャー】

- ・事業の運営マニュアルの整備が進んでいない事業がある。
- ・同時の問い合わせが多い特定健診とがん検診について、ワンストップ対応ができていない。

### 【プロセス】

- ・評価指標及び目標値の設定が適切でなかったものがあり、評価が難しいものがあった。
- ・中間評価で行った地域分析を地域別の施策として事業化することができなかった。
- ・医療機関受診勧奨の抽出条件を毎年度検討・変更し通知数も大幅に変化したため、経年の検証が困難だった。
- ・適正な受診・服薬の促進事業において、抽出条件を毎年度精査し変更を行い、第2期中で事業規模や事業者も変更したこともあり、経年の検証が困難だった。
- ・優先度を低く設定した事業の着手が進まなかった。（禁煙への支援・地域包括ケアに係る取組）

### 【アウトプット・アウトカム】

- ・特定健診受診率向上施策として様々な取組（はがき勧奨・受診済みシール、勧奨カード・かかりつけ医の検査データ活用・オンラインセミナー等）を試みたが、顕著な効果が得られなかった。
- ・糖尿病性腎症重症化予防保健指導の参加者数が例年目標値に届いていない。
- ・糖尿病性腎症重症化予防保健指導参加者における人工透析移行者0人の目標が達成できなかった。

## 第3期計画に向けた考察

### 【計画全体について】

- ・第2期計画では、生活習慣病予防や重症化予防の取組などの保健事業を通じて「健康寿命の延伸」「医療費の適正化」「被保険者の健康を保持増進」の目標達成を目指し、特定健診受診率向上策や糖尿病性腎症重症化予防事業を重点的に実施した。同時に庁内外との連携構築にも注力し、円滑な事業実施に結び付けられたことは大きな実績であるが、ストラクチャーやプロセスに多くの労力を費やし「実施」することが一つの到達点であったため、次の段階の「成果」を求めるレベルまで至らなかったと感じている。第3期計画では構築してきた土台とノウハウのもと成果の見える事業を検討し、被保険者のQOL向上を図っていききたい。

### 【目標や評価指標について】

- ・設定において、定量化できないものや年度ごとに取組内容が異なることで基準が変わるものもあり、計画期間終了にあたり評価が困難な指標が見受けられた。この要因は、データヘルス計画の構造の理解や策定のノウハウ不足として省みている。第3期計画では国や都の手引き等に沿い、計画終期まで適切に事業評価ができるような目標や評価指標の設定を心掛けたい。
- ・各事業の実施状況において、実施・運営はできているものの目標を達成できていない取組がほとんどであった。第3期計画では現実的な数値目標に改め、定量的な評価のもと事業の質を上げていきたい。
- ・都や他区等と比較・検証した視点が不足していたと感じる。第3期計画では都の共通評価指標により区の状況を客観的に把握し、都内保険者共通システムKDB及びsucoyacaの利活用を推進しながら、他自治体との差を見極めて事業に反映していくことが望まれる。

### 【事業実施について】

- ・特定健診は計画の基幹であり、被保険者の健康状態を把握し対策を講じるためにも受診率向上が喫緊の命題である。引き続き最優先で取組まなくてはならない。
- ・特定保健指導はC評価となったが、実施方法を追加した効果はこれからと思われるため、第3期で成果を上げていきたい。
- ・保健事業全般について、中間評価で課題や方針の見直しを行ったことで事業の質が向上したと感じる。今後、単年度の評価も丁寧に行うことで更なるブラッシュアップが可能と考える。
- ・未着手の事業については、必要性や実現可能なものかを見極めなくてはならない。なお、「一体的実施」については、国保としてどのような関わりをすべきか関係者間で検討を重ね、第3期中で方針を固める必要がある。
- ・第2期では区の健康課題にアプローチする独自事業の実施まで至らなかったため、改めて分析し着手していく。



## (2) 第2期データヘルス計画の個別事業評価・考察

第2期データヘルス計画における個別事業について、下記凡例の5段階評価を用い、事業及び評価指標について評価する。なお、アウトプット・アウトカムの評価指標については、令和2年度の間評価により見直しした評価指標や目標値を基に仮評価を行う。

### 【評価の凡例】

- 「事業評価」欄：5段階  
A：うまくいっている B：ある程度うまくいっている C：あまりうまくいっていない  
D：まったくうまくいっていない E：わからない
- 「指標評価」欄：5段階  
A：目標達成 B：目標達成はできていないが目標に近い成果あり  
C：目標達成はできていないが程度の効果あり D：効果があるとはいえない E：評価困難

### ア 特定健康診査（受診勧奨）

事業名	目的		概要							評価
はがき勧奨	受診率と健康リテラシーの向上		はがき勧奨により特定健診の意識付けを行い、受診を促す							C
ストラクチャー			プロセス							
健診委員会（医師会）との意見交換回数 委託事業者のノウハウの活用 国保ヘルスアップの利活用			対象者の選定方法 費用対効果							
アウトプット・アウトカム										
評価指標	開始時	目標値	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価	
受診率	H28 38.0%	43.0%	36.6%	36.9%	36.2%	38.0%	38.0%	未確定	C	
勧奨受診率	H28 30.8%	45.0%	5.3%	24.4%	22.0%	18.1%	21.4%	未確定	C	
受診勧奨通知数	H28 36,958件	分析に基づいた必要通数	9,501件	77,525件	37,874件	1回目 67,787件 2回目 36,313件	1回目 58,600件 2回目 45,500件	1回目 52,000件 2回目 未確定	B	
評価のまとめ										
<ul style="list-style-type: none"> <li>・令和3年度の受診率が、平成28年度以来、久々に38.0%まで回復したことは、ある程度評価できる結果となった。</li> <li>・しかし、令和4年度は、3年度からの受診率アップとはならず、どれだけ緻密な分析をしても、はがき勧奨だけでは飛躍的な受診率向上は困難であると実感している。はがき勧奨は、国保ヘルスアップ補助金を最大限活用して実施しているが、依然として期待値には達していない。</li> <li>・受診率向上施策については、第3期データヘルス計画策定のタイミングで今一度検証、精査し、取組内容についてより有用なものを検討していきたい。</li> </ul>										
第3期計画への考察及び補足事項										
<ul style="list-style-type: none"> <li>・不定期受診者は、コール・リコールをすることで高い確率で受診行動につながることや新規国保加入者へ特定健診を意識付けるため、はがき勧奨の対象者は、①不定期受診者 ②前年度国保加入者（会社退職者） ③40歳到達者（特定健診初回案内者）及び41歳のレセプトなし未経験（40歳から資格あり）として、今まで健康無関心層へ送ってきたはがき枚数を可能な限り減らし、費用面の削減を図る。</li> </ul>										

イ 特定健康診査 (人間ドック受診助成)

事業名		目的		概要						評価
人間ドック受診助成		疾病予防、早期発見、早期治療をもって、利用者の健康保持増進及び医療費の適正化を図るとともに、特定健診の受診率向上へ繋げる		人間ドックの受診結果を区に提出することで、費用の一部を助成する制度。受診結果は特定健診の受診率に反映させることができる。						B
ストラクチャー				プロセス						
人員体制				業務プロセスの見直し						
アウトプット・アウトカム										
評価指標	開始時	目標値	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価	
健診受診率に対する割合	H29 0.29%	1.00%	0.44%	0.84%	0.65%	0.87%	0.93%	未確定	B	
助成件数	H29 279件 (62%) ※上限450	申請 上限数 (100%)	409件 (68.1%) ※上限600	745件 (93.1%) ※上限800	570件 (57.0%) ※上限1,000	831件 (103.8%) ※上限800	850件 (106.2%) ※上限800	未確定	A	
評価のまとめ										
<ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者のなかには健康意識の高い方が一定数存在し、平成29年度の事業開始から令和4年までで利用者は1,940名、そのうち2回以上申請している方は853名とリピート率も高く、ニーズに対応できているとともに、健診受診率にも貢献している。申請方法の変更(簡素化)も大きな問題なく移行し、事務負担も軽減したことから、プロセス、ストラクチャー面でもうまくいったといえる。</li> <li>・年々利用者が増加しており、健診受診率の向上に寄与している点では、今後も期待できる事業であると感じている。</li> </ul>										
第3期計画への考察及び補足事項										
<ul style="list-style-type: none"> <li>・令和5年度末で補助金適正化方針の終期を迎えること、また、第3期データヘルス計画への移行にあたり、助成額の適正化と医療機関と個別協定による事業スキームでの実施を予定している。医療機関との個別協定は、補助金獲得と医療機関現地で直接助成額を差し引いた金額での受診を可能とするもの。これらの見直しにより、利用者にとってより有用な制度となり、第3期は一層健診受診率向上につながる事業を目指す。</li> </ul>										

## ウ 特定健康診査（事業者健診のデータ活用）

事業名		目的		概要					評価
事業者健診のデータ活用		受診率向上と、データ提供対象者の健康保持増進や疾病の重症化予防に寄与		勤め先など受診した健診結果データを提供いただくことで、特定健診受診とみなしデータ管理する。 さらに、生活習慣病リスクのある対象者は保健指導を案内する。					C
ストラクチャー				プロセス					
運営体制の構築				運用方法の見直し					
アウトプット・アウトカム									
評価指標	開始	目標値	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価	
申請(提出) 件数	R元	100件 (R5)	3件	9件	15件	17件	未確定	C	
PR手段	R2	(より有効な周知方法について検討)	検討	3媒体に掲載※	3媒体に掲載	3媒体に掲載	PR方針見直し	C	
評価のまとめ									
<ul style="list-style-type: none"> <li>受診率向上への取組としての成果は上げられていない。現状、はがき勸奨を送付した方のうち、勤め先で受診した方に向けた案内として効果があるのみ。ターゲットを明確にしたうえで周知啓発を図るなど、もう少し工夫が必要だった。</li> </ul>									
第3期計画への考察及び補足事項									
<ul style="list-style-type: none"> <li>現状、おおたの国保等一部の広報媒体でのみ事業案内をしており、事業優先度は低くなっている。社保の適用拡大もあり、対象となる事業所は少ないと思われる。受診率向上への取組として継続すべきかについて、他自治体での取組事例を参考に再度検討する必要がある。</li> </ul>									

※3媒体：広報誌「おおたの国保」、配布ちらし「健診フローチャート」、受診勸奨はがき

## エ 特定健康診査（かかりつけ医の検査データ活用）

事業名		目的		概要						評価
かかりつけ医の検査データ活用		受診率向上と、データ提供対象者の健康保持増進や疾病の重症化予防に寄与		対象者がかかりつけ医に専用の受診票を持参し、直近3か月以内に受けた検査データの活用に同意する場合、かかりつけ医は検査を省略する形で特定健診として手続きする。						D
ストラクチャー				プロセス						
設定なし				設定なし ※第2期計画中間評価時点で事業を終了している						
アウトプット・アウトカム										
評価指標	開始時	目標値	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価	
検査データ活用件数	H30	3,000件	7件	5件	事業終了	-	-	-	D	
評価のまとめ										
<ul style="list-style-type: none"> <li>・「かかりつけ医の検査データ活用方式による受診票」の活用数が伸びず、目標数と大きく乖離してしまった。要因の一つとして、医療機関の事務負担が大きいため取組が定着しなかったことが考えられる。</li> </ul>										
第3期計画への考察及び補足事項										
<ul style="list-style-type: none"> <li>・会計検査院検査では、レセプト情報からかかりつけ医での診療結果（血液検査結果）を健診に活用できないかなどを検証している。今後、厚生労働省の方針が改められ、医療機関で健診相当の診療を受けている方について特定健診とみなすことが可能となった場合は、取扱いについて再検討する。</li> </ul>										



## オ 特定保健指導

事業名		目的		概要						評価
特定保健指導		対象者が自身の健康状態や生活習慣の改善すべき点を自覚し、生活習慣改善に向けた自主的な取組を促すことで、メタボリックシンドローム割合を減少させるなど、被保険者の健康保持増進及び医療費の適正化に繋げる		<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診の結果をもとに、メタボリックシンドロームの程度とリスク要因数による階層化を行い抽出する。</li> <li>・「動機付け支援」と「積極的支援」に区別し、初回面接後、対面、電話、メールなどにより3か月以上の支援を行い評価する。</li> </ul>						C
ストラクチャー				プロセス						
実施体制の強化				初回面接までの期間に4～5か月要しているため、期間短縮を目指す						
アウトプット・アウトカム										
評価指標	開始時	目標値	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価	
対象者の前年度からの減少率	H28 19.3%	25% (R5)	18.0%	18.4%	15.5%	21.2%	19.9%	未確定	C	
保健指導実施率	H28 10.6%	15% (R3) 17% (R4) 19% (R5)	10.6%	6.8%	13.0%	11.7%	7.0%	未確定	C	
評価のまとめ										
<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業者委託での実施スキームでは、健診受診から初回面接までの時間が長く、指導内容が良くても実施に結びつきにくい。医療機関での実施は3か所ではあるが、健診当日の初回面接を可能としており、特定健診からのノンストップでの支援がスピーディに行える点は評価できる。今後、どのように拡大していくかが課題となる。</li> <li>・また、ICTの導入は、国の「円滑な実施の手引き」でも推奨されており、対面が困難となったコロナ禍では、心強いツールとなった。特定保健指導の対象者は、65歳以上の前期高齢者が多く、リモートに馴染まない方もいたようなので、今後の運用についてより参加しやすいものとなるよう検討を進める。</li> </ul>										
第3期計画への考察及び補足事項										
<ul style="list-style-type: none"> <li>・実施率向上のため、今後は医療機関での個別実施を増やすことや、他の医療機関から紹介による保健指導の実施が可能であるかを、第4期実施計画における変更点を考慮しつつ検討する。</li> <li>・ICTによるオンライン面談は、現状、国保の利用者には馴染み切れていないが、今後、スマートデバイスの普及と比例して需要拡大が見込めるため、被保険者目線でより分かりやすく簡単に取組めるような実施内容の委託先を探っていきたい。</li> </ul>										

カ 早期介入保健事業 簡易血液検査キット送付事業

事業名		目的		概要						評価
簡易血液検査キット送付事業（スマホドック）		生活習慣病の早期治療促進及び若年層の健康意識の向上から医療費の適正化に繋げる		40歳未満の若年層に案内し、申込者に簡易血液検査キットを送付する。検査結果に応じて受診勧奨する。						B
ストラクチャー				プロセス						
若年層への保健事業のPDCAサイクル確立				対象者の年代・対象者の適切さ						
アウトプット・アウトカム										
評価指標	開始時	目標値	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価	
40歳代の特定健診受診率（40～49歳）	-	25.0%	19.8%	20.3%	19.8%	21.7%	21.0%	未確定	C	
次年度の健診希望率	-	80%	-	77.0%	78.6%	90.0%	85.7%	未確定	B	
申請者割合（対上限数）	H30	100%	25.0% (200件)	98.6% (150件)	100% (200件)	100% (200件)	90.0% (200件)	未確定	B	
評価のまとめ										
<ul style="list-style-type: none"> <li>・申請者割合からも、仕事等で忙しい若年層に一定のニーズがあることは確認できている。</li> <li>・健診等での血液検査を基盤に施策を推進している健康政策部と継続して調和を図りながら事業を実施していく必要がある。</li> </ul>										
第3期計画への考察及び補足事項										
<ul style="list-style-type: none"> <li>・委託事業者より、簡易血液検査キット利用者に対し、ICTを活用して医師との相談が可能となるようなサービスを検討する旨の報告を受けている。新たなサービスがパッケージに追加された場合、利用者の利便性等を勘案しながら活用を検討する。</li> <li>・若年層に一定のニーズはあるが、限られた人数の事業規模であり、国の勤労者皆保険導入の動向を確認しながら、早期介入保健事業のあり方について検討する。</li> </ul>										

キ 糖尿病性腎症重症化予防（保健指導）

事業名		目的	概要							評価
糖尿病性腎症重症化予防（保健指導）		糖尿病性腎症の重症化を予防することで人工透析への移行を防止する	保健指導実施協力医療機関の管理栄養士等が、かかりつけ医と連携し、概ね6か月間で6回保健指導を実施。 さらに、最終指導から約半年後に、フォローアップ指導を1回入れることで、改善された生活習慣の定着を図る。							B
ストラクチャー			プロセス							
事業に関わる医療機関数（累計）の目標値を60か所とし、実施体制を強化			運営方法の見直しを実施する							
アウトプット・アウトカム										
評価指標	開始時	目標値	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価	
HbA1cの改善者の割合	-	80%	33.3%	61.5%	52.9%	60.0%	76.2%	未確定	B	
参加者における人工透析移行者	-	0人	0人	0人	0人	1人	1人	未確定	B	
参加者数	H28 18人	60人	9人	13人	21人	20人	21人	19人	C	
評価のまとめ										
<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業の流れがある程度形作られ、運営方法も毎年ブラッシュアップされている。医師会委託に一本化することにより、区内の医療資源等を有効に活用しながら、医師会と区が連携して事業に携わることができていることが、うまくいっている要因と思われる。</li> <li>・一方で、事業参加者の低迷や、協力医療機関の偏りなど、まだまだ工夫・改善の余地は残されていると考える。</li> </ul> 【評価指標について】 「参加者における人工透析移行者」は費用対効果を把握するうえで重要だが、時間経過とともに出現率が高くなるため目標値として適当でなかった。										
第3期計画への考察及び補足事項										
<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医に患者推薦を促すため、対象者の情報提供が可能になるよう、再調整を試みる。</li> <li>・対象者宛に、電話勧奨や再勧奨通知を送るなど、参加者増に向けた取組を強化する。</li> <li>・全6回の保健指導を終えた場合のインセンティブを提示し、事業参加の契機や完遂に向けたモチベーションに繋げる。</li> </ul>										

## ク 医療機関受診勧奨

事業名		目的	概要							評価
生活習慣病ハイリスク者への受診勧奨		糖尿病をはじめとした生活習慣病の重症化予防	糖尿病患者は高血圧や高脂血症を併発している方が多いこともあり、糖尿病を軸に生活習慣病ハイリスク者を抽出し、医療機関への受診勧奨を行う。							C
ストラクチャー			プロセス							
医師会との連携			選定条件の精査 勧奨後状況の把握							
アウトプット・アウトカム										
評価指標	開始時	目標値	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価	
勧奨者の受診率	H29 28.8%	50%	38.2%	38.7%	18.9%	10.9%	10.2%	未確定	C	
健診受診者のうちHbA1cが8.0%以上の未治療者	H29 70人	0人	55人	52人	54人	50人	48人	未確定	C	
受診勧奨通知数	H28 200人	(実績を踏まえて検討)	120人	106人	719人	494人	229人	231人	C	
評価のまとめ										
<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者の選定や事業の進め方など、医師会推薦の検討委員と連携しながら、事業を構築できている。</li> <li>受診率や通知数の推移は事業成果を測るうえで重要であるが、毎年対象者を精査してきたため経年比較には適さなかった。</li> <li>HbA1cが8.0%以上の未治療者については、目標が期待値となってしまったが減少傾向ではある。</li> <li>HbA1cの数値があまり高くない層への受診勧奨は、不調の自覚がないため通知効果が薄く、受診率の鈍化につながったと考える。</li> <li>HbA1cの変化に関する効果検証は、通知送付年度の特定健診の数値結果により確認をしていたが、通知送付時点で既に特定健診を受診済の者もあり、純粋な通知効果によるものであったかの判断が難しく、検証方法として不十分であった。</li> </ul>										
第3期計画への考察及び補足事項										
<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者選定にあたっては、可能な限り選定方法を固め、マニュアルを整備して引き継ぎができるようにすることで担当変更にも対応しつつ、経年変化を見極めていく。</li> <li>HbA1cが6.4%以下の層への勧奨を継続し、さらに7.0%以上の層への勧奨を強化することで、受診率増加に繋げていく。</li> <li>検査数値に関する効果検証は当該年度ではなく翌年度の健診結果を確認するなど、検証方法を再検討する。</li> </ul>										

## ケ 歯科受診勧奨

事業名		目的	概要							評価
歯周病と生活習慣病ハイリスク者への歯科受診勧奨		生活習慣病ハイリスク者の歯周病の予防及び改善	糖尿病等の罹患者データから対象者を抽出し、歯科受診勧奨を行う。 案内文及び同封するリーフレットでは、歯周病と糖尿病の相関関係について周知し、受診を促す。							C
ストラクチャー			プロセス							
歯科医師会との連携(保健事業の打合せ等)			受診状況の確認							
アウトプット・アウトカム										
評価指標	開始時	目標値	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価	
歯周病未治療者の受診率	R元	30%	-	25.8%	28%	30.4%	19.0%	未確定	C	
歯科受診勧奨数	R元	500人	-	151人	393人	378人	525人	483人	B	
評価のまとめ										
<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者の抽出や事業の効果報告など、歯科医師会と連携しながら事業の構築ができています。</li> <li>取組開始から5年の間、PDCAのもと対象者の抽出条件や効果検証方法を毎年見直してきたため、経年の推移を評価することが困難となったが、歯科受診勧奨数は目標値を達成することができた。</li> <li>令和3年度からは歯周病が悪化する手前の層である若年層へのアプローチに主眼を置いているが、働き盛りの忙しい世代でもあり、受診につながりにくいと考えます。</li> <li>糖尿病との連携事業であるため、HbA1cの数値変化等の視点が不足していた。</li> </ul>										
第3期計画への考察及び補足事項										
<ul style="list-style-type: none"> <li>効果検証では、HbA1cなどの数値の改善等にも着目していく。</li> <li>対象者選定にあたっては、可能な限り選定方針を固め、マニュアルを整備して引き継ぎができるようにすることで担当変更にも対応しつつ、経年変化を見極めていく。</li> </ul>										

## コ 後発医薬品利用促進

事業名		目的	概要							評価
(1) 後発医薬品差額通知発送 (2) 後発医薬品希望シール・カードの配布		後発医薬品普及と切り替えの促進により、調剤に係る被保険者の自己負担軽減と医療費の適正化を図る	(1) 先発医薬品と後発医薬品の差額が一定額を超えた方に、薬剤費軽減見込額を明記し、後発医薬品の有効性を周知啓発する通知により切り替えを促進する。 (2) 保険証更新時や、差額通知書の初回送付時に交付するほか、特別出張所窓口を設置。							B
ストラクチャー			プロセス							
外部関係機関との連携			通知による切り替え状況の把握（切替数/通知数）							
アウトプット・アウトカム										
評価指標	開始時	目標値	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価	
数量普及率	H28 61.0%	80%以上	69.9%	72.7%	75.3%	75.8%	77.4%	未確定	B	
通知数 (回数)	H28 6,915件 (2)	該当者の 減少	24,174件 (6)	41,825件 (12)	35,990件 (12)	33,930件 (12)	14,602件 (12)	未確定	B	
評価のまとめ										
<ul style="list-style-type: none"> <li>・数量普及率は目標値にこそ届いていないものの、毎年右肩上がりで見直してあり、通知により一定の効果があったものと評価する。</li> <li>・通知数については、普及率との兼ね合いなどから、毎年見直しを行いながら、数の精査ができています。</li> <li>・15歳未満の普及率が依然として低い。差額通知の送り分けは令和4年度からの試みのため、通知効果が十分に測れていない。</li> </ul>										
第3期計画への考察及び補足事項										
<ul style="list-style-type: none"> <li>・15歳未満への通知及び効果検証は継続して行いながら、勧奨方法についても再度検討してく（子ども・保護者用リーフレットの見直し等）</li> <li>・数量のみならず金額ベースでの普及率の確認も行う。確認にあたっては委託している事業者との連携を強め、金額普及率向上のための効率的な勧奨方法等を検討していく。</li> </ul>										

サ 適正な受診・服薬の促進

事業名		目的	概要							評価
(1) 重複・頻回受診者、重複服薬者に対する保健指導 ※令和2年度の中間評価で取組内容を見直し、「重複服薬・多剤服薬者に対する保健指導」に変更している (2) 適正な服薬促進指導		健康増進・疾病の重篤化防止により医療費適正化を図る	(1) リスク対象者を選定し、服薬情報通知により注意喚起するとともに希望者に保健指導を行う (2) ※事業化に至らず、(1)に包含							C
ストラクチャー				プロセス						
医師会・薬剤師会との連携				選定条件の精査						
アウトプット・アウトカム										
評価指標	開始時	目標値	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価	
受診服薬状況改善割合 (改善者/保健指導参加者)	-	100%	開始 93.8%	100%	85.7%	75%	83.3%	未確定	C	
保健指導参加者数	H29 21人	20人	18人	5人	15人	4人	6人	未確定	C	
評価のまとめ										
<ul style="list-style-type: none"> <li>・都のモデル事業に参加したことにより、薬剤師会との連携が強化され、より精度の高い対象者の抽出や、精神疾患患者へのアプローチを始めることができた。</li> <li>・一方、対象者の抽出条件等は毎年異なり、事業スキームも当初から大幅に変わっている。毎年の課題を整理しながら少しずつ事業をブラッシュアップできている点は評価できるが、経年比較が困難なことから、事業スキームの定着が課題と考える。</li> </ul>										
第3期計画への考察及び補足事項										
<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤師会とは引き続き連携しながら、事業スキームの定着をめざす。</li> <li>・中長期アウトカムとして重複服薬・多剤服薬者の人数にも着目し、減少へ向けた取組を検討していく。</li> </ul>										

シ 健康づくりの取組支援

事業名		目的	概要					評価
健康ポイント事業（はねびょん健康ポイント）の推進		広く区民に向けた健康管理や疾病予防の取組を支援することで、被保険者の行動変容に繋げる。	ICTを活用したインセンティブ事業として、健康づくり活動、健康関連イベントへの参加、健康診断、がん検診の受診などをポイント化し、楽しみながら健康づくりが継続できる仕組み。					B
ストラクチャー			プロセス					
担当課との連携			国保加入者への周知					
アウトプット・アウトカム								
評価指標	開始	目標値	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
国保加入者の参加数・割合	R元	参加者数の増加	1,109人 17.7%	3,842人 18.0%	5,485人 18.5%	7,100人 19.3%	未確定	A
チラシ配布数	R2	新規加入窓口来庁者全員への配布	-	3,698枚	3,600枚	3,600枚	未確定	B
評価のまとめ								
<ul style="list-style-type: none"> <li>対象を区民全体に拡大し、事業を健康づくり課が担うことで庁内部局間連携が進み、様々な企業や団体の協力を受けながら健康づくりの取組が広がっている。</li> <li>区からのお知らせをアプリで随時配信することで、特定健診・がん検診等の受診勧奨効果はもとより健康リテラシーの向上に寄与していると推察する。</li> <li>国保では、案内チラシの窓口配布のほか、様々な媒体への周知・広報に工夫を重ね注力してきたことも功を奏し、加入者の参加割合が増加している。</li> <li>今後も他部局の取組を把握しつつ健康づくり事業としての効果が図れるよう、所管課と連携を密にしていく。</li> </ul>								
第3期計画への考察及び補足事項								
<ul style="list-style-type: none"> <li>本事業は区民の健康寿命の延伸や医療費の適正化を目的に実施するものであるため、引き続き連携して取り組んでいく。</li> <li>また、事業効果を検証するためには利用者の健康づくりの成果を可視化することが望ましいが、長期に渡る検証が必要であり、また、アプリの仕様上、個人の健診結果データは保持していないため、国保被保険者の参加者を増やしていくことで健康意識の向上に繋げていく。</li> </ul>								



## 第3章 健康・医療情報等の分析と分析結果に基づく健康課題の抽出

第3章においては施策の検討に繋げるため、死亡から健康な状態に遡る順に疾病構造を分析し、被保険者の健康課題を抽出する。

第1節では死因の状況、第2節では介護の状況に関するデータを分析する。

第3節では医療の状況を医療費の三要素に分解して分析する。なお、データ分析に際しては、保健事業によって予防可能な疾患という観点から、生活習慣病に着目する。

第4節では、健康保持・疾病の重症化予防や医療費適正化の観点から、重複服薬や多剤服薬の状況、後発医薬品の使用状況などの分析を行う。

第5節では、疾病の予防・早期発見段階である特定健診や特定保健指導に関するデータと医療に関するデータを組み合わせて分析する。

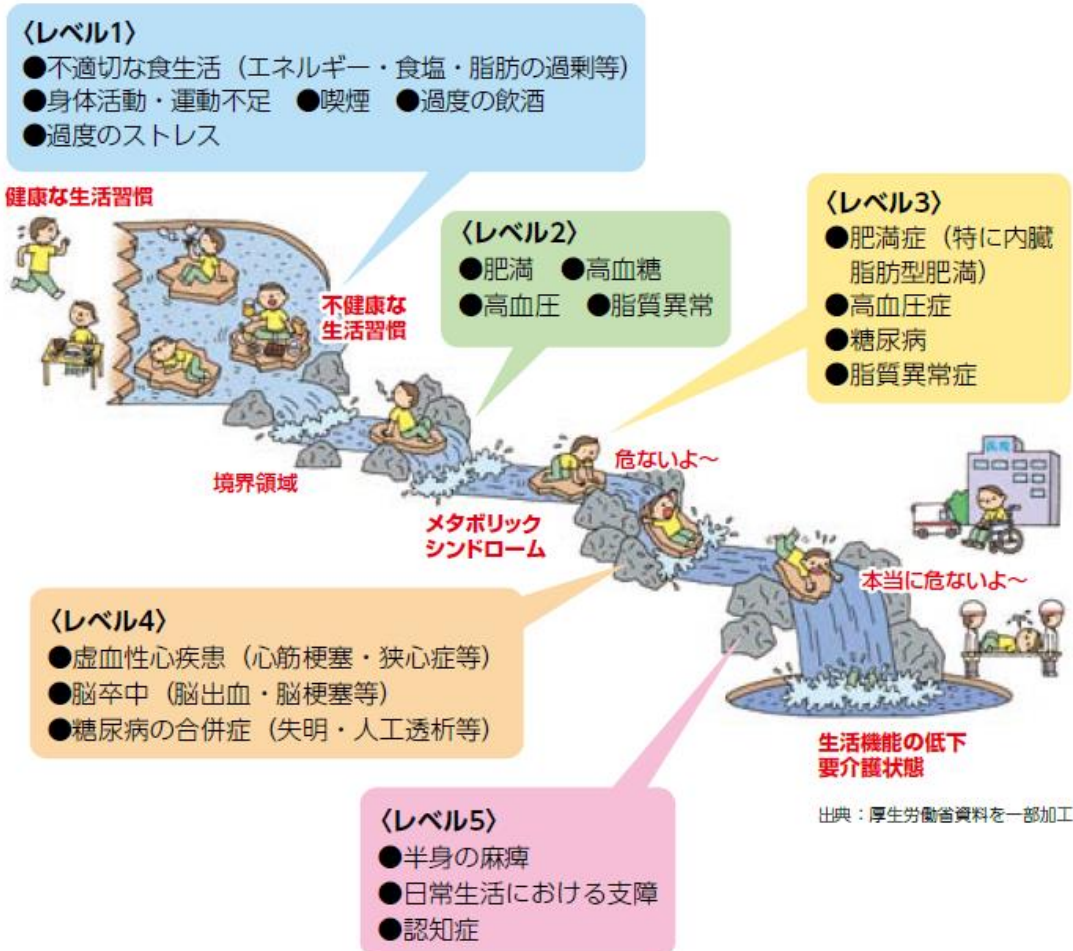
第6節では、高齢者の特性を把握し、後期高齢者医療制度や介護保険との連携強化を見据えた分析をする。

### 本計画における生活習慣病の定義

生活習慣病とは、「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症と進行に関与する疾患群」を指す。

対象となる疾病については、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で主とされている「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「慢性腎臓病（透析あり）」と、基礎疾患として「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」に焦点をあてる。

### 生活習慣病のイメージ



# 1 死因別状況

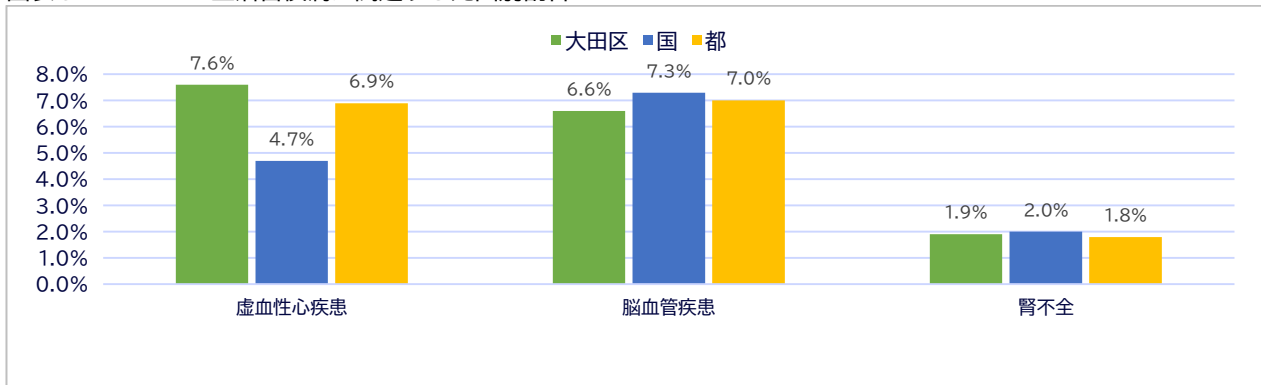
## (1) 生活習慣病に関連する死因別割合

令和3年の人口動態調査から、国保被保険者以外も含む全住民の生活習慣病に関連する死因別割合を国や都と比較すると、虚血性心疾患が特に高くなっている。(図表3-1-1-1)

標準化死亡比(SMR)※をみると、男性は虚血性心疾患と腎不全で、女性は虚血性心疾患で100を超え、同疾患における死亡率が国と比較して高くなっている。(図表3-1-1-2・図表3-1-1-3)

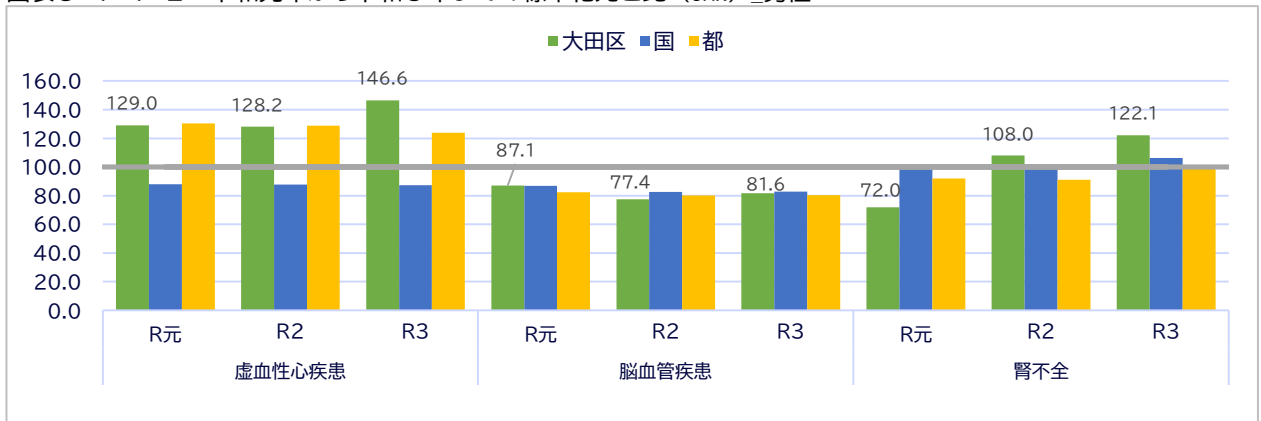
※標準化死亡比(SMR)：基準死亡率(人口10万対の死者数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死者数と実際に観察された死者数を比較するものである。下図では2015年時点の国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。(厚生労働省より引用)

図表3-1-1-1：生活習慣病に関連する死因別割合

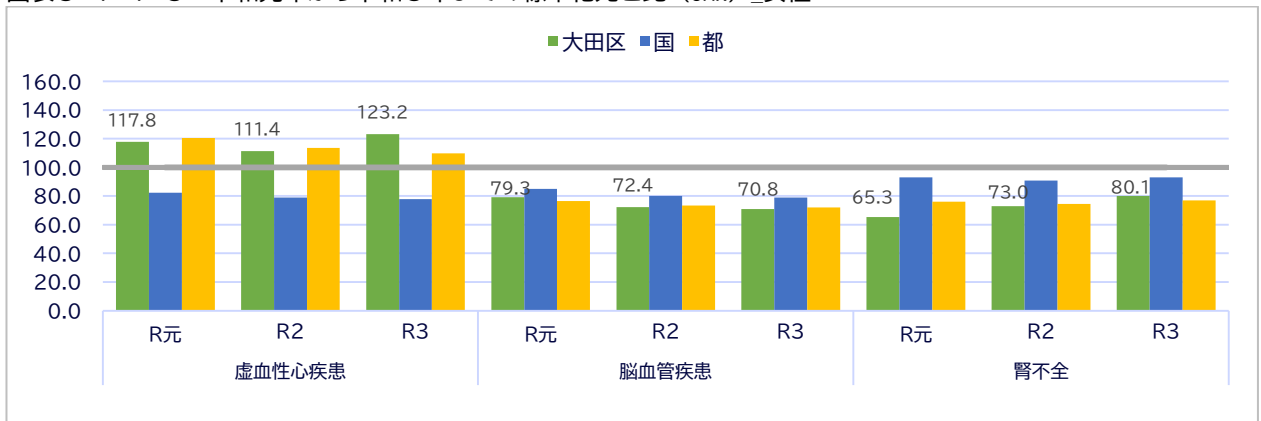


【出典】厚生労働省 人口動態調査 令和3年

図表3-1-1-2：令和元年から令和3年までの標準化死亡比(SMR) \_男性

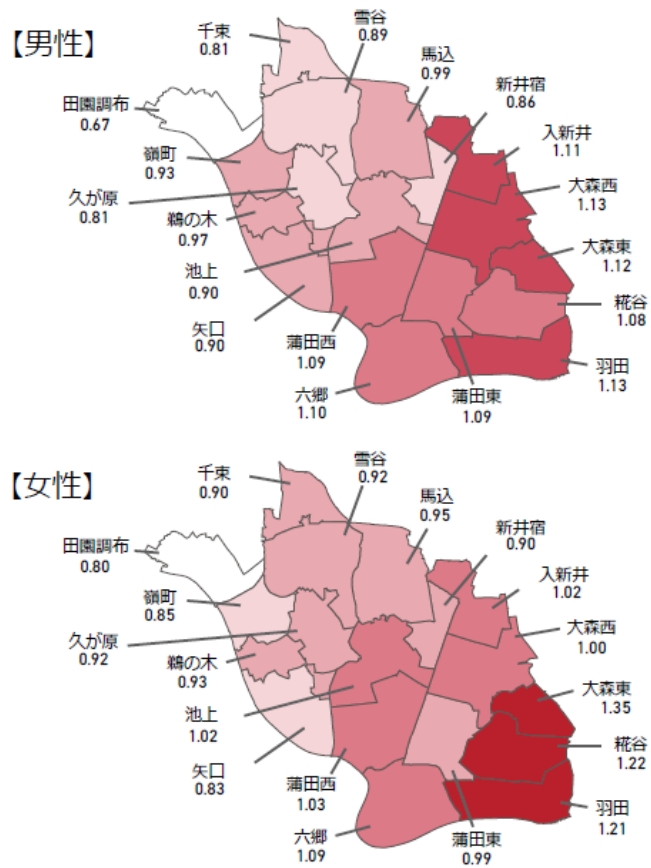


図表3-1-1-3：令和元年から令和3年までの標準化死亡比(SMR) \_女性



【出典】国立保健医療科学院 全国市区町村別主要死因別標準化死亡比(SMR) 2012~2021年

《参考》：地区別心疾患の標準化死亡比



【色の設定 (SMR)】

1.2以上	1.1以上1.2未満	1.0以上1.1未満	0.9以上1.0未満	0.8以上0.9未満	0.8未満
-------	------------	------------	------------	------------	-------

※平成27年～令和3年の7年間の標準化死亡比 (SMR)。  
大田区全体を基準=1とし、1以上であれば区全体と比較してその地区の死亡率が高いことを示します。

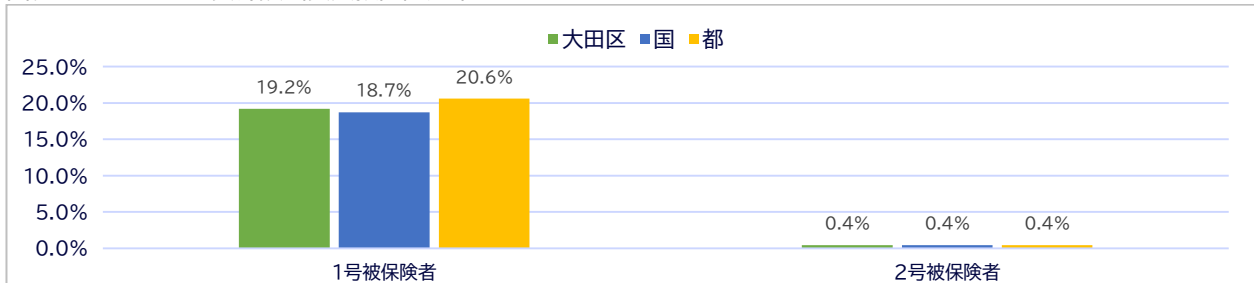
【出典】 大田区 令和4年度 人生100年を見据えた健康寿命延伸プロジェクト事業業務委託 報告書

## 2 介護の状況

### (1) 要介護（要支援）認定者割合

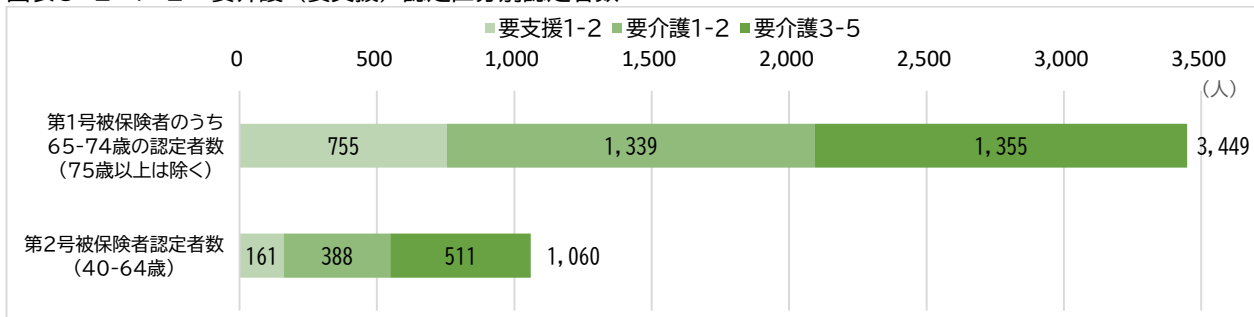
要介護または要支援の認定を受けた人の割合（図表3-2-1-1）をみると、第1号被保険者（65歳以上の被保険者）における要介護認定率は19.2%で、都より低い国より高い。第2号被保険者（40歳から64歳までの被保険者）における要介護認定率は0.4%となっており、国・都と同程度である。

図表3-2-1-1：要介護（要支援）認定率



要介護（要支援）認定者数を国保の年代に絞り、区分別にみると（図表3-2-1-2）、第1号被保険者のうち65-74歳の前期高齢者は人口77,631人中3,449人、第2号被保険者は人口250,364人中1,060人となっている。また、介護度の内訳をみると、第2号被保険者は要介護3以上の割合が高い。

図表3-2-1-2：要介護（要支援）認定区分別認定者数



【出典】住民基本台帳 令和4年度

KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

KDB帳票 S24\_001-要介護（支援）者認定状況 令和4年度 累計

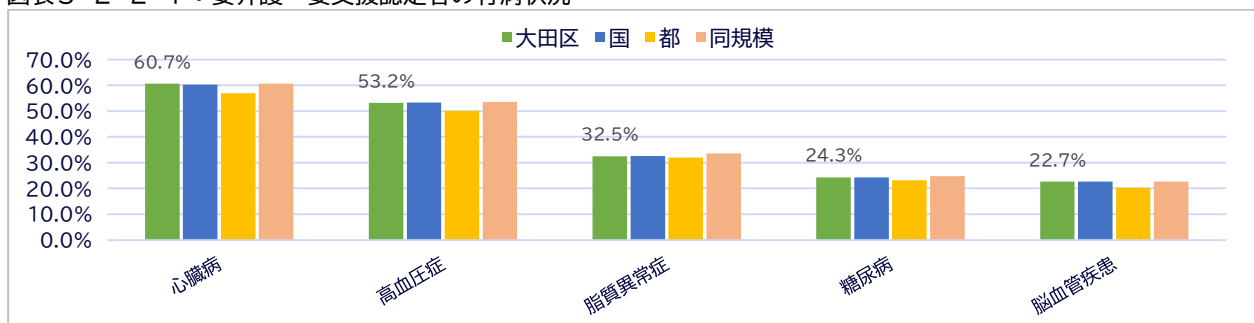
※認定率は、KDB帳票における年度毎の介護認定者数を住民基本台帳における年毎の人口で割って算出している。

※「おおた高齢者施策推進プラン」に掲載されている認定率とは、統計要件等の差異により数値が異なる。

### (2) 要介護・要支援認定者の有病状況

要介護または要支援の認定を受けた人の有病割合（図表3-2-2-1）をみると、「心臓病」が60.7%と最も高く、「高血圧症」が53.2%で続いている。いずれの疾患における有病割合も国と同程度である。

図表3-2-2-1：要介護・要支援認定者の有病状況



【出典】KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

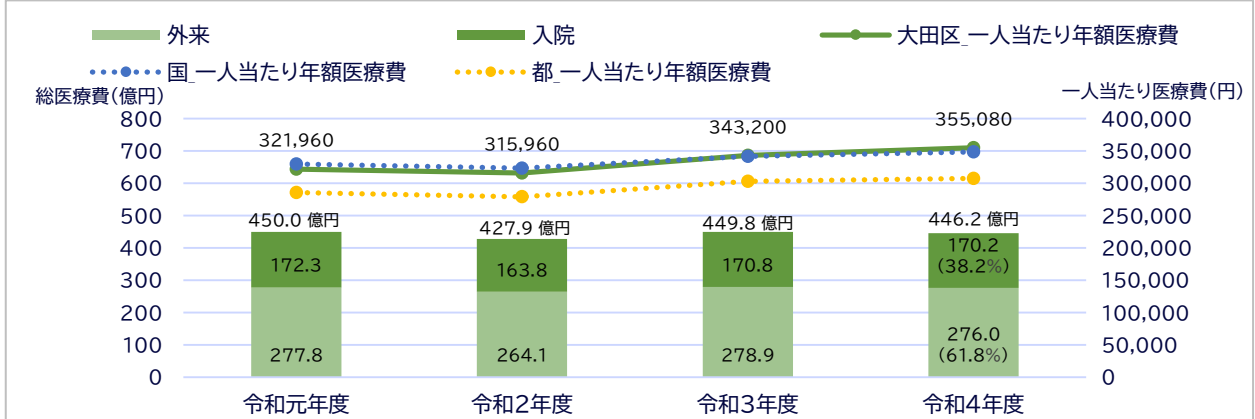
### 3 医療の状況

#### (1) 総医療費及び一人当たり医療費

令和4年度の総医療費（医科）は約446億2,000万円で（図表3-3-1-1）、令和元年度と比較して0.8%減少している。令和4年度の総医療費（医科）に占める入院医療費の割合は38.2%、外来医療費の割合は61.8%となっている。

令和4年度の一人当たり年額医療費は355,080円で、令和元年度と比較して10.3%増加している。国や都と比較すると一人当たり医療費は高くなっている。

図表3-3-1-1：総医療費（医科）・一人当たり医療費



【出典】KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和元年度から令和4年度 累計

※一人当たり医療費の分母は年間平均被保険者数  
 ※総医療費（医科）には、調剤も含まれている

#### 医療費の三要素について

医療費を集団や経年で比較する際には、総医療費を加入者数で割った一人当たり医療費が用いられる。一人当たり医療費はレセプト件数、レセプト一件当たり日数、一日当たり医療費に分解でき、これらの要素のうち何が低いのかをみることで、医療費が高くなっている要因を考察できる。

$$\text{一人当たり医療費} = \text{受診率 (レセプト件数)} \times \text{レセプト一件当たり日数} \times \text{一日当たり医療費}$$

##### (1) 入院

一人当たり医療費は国と同程度だが、都より高くなっている。都より高い背景には、受診率（レセプト件数）と一日当たり医療費が都を上回っているためである。

##### (2) 外来

一人当たり医療費が国・都よりも高い。都より高い背景は、受診率（レセプト件数）が都を大きく上回っているためである。

図表3-3-1-2：入院外来別医療費の三要素



【出典】KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

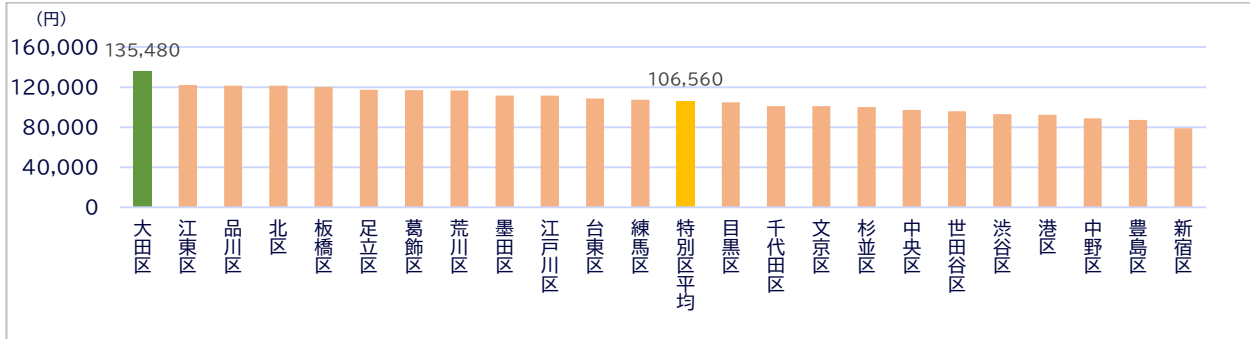
※受診率：被保険者千人当たりのレセプト件数  
 ※一件当たり日数：受診した日数/レセプト件数  
 ※一日当たり医療費：総医療費/受診した日数

令和4年度の一人当たり年額医療費を特別区と比較すると、入院医療費は23区のなかで最も高く、平均を28,920円上回っている。(図表3-3-1-3)

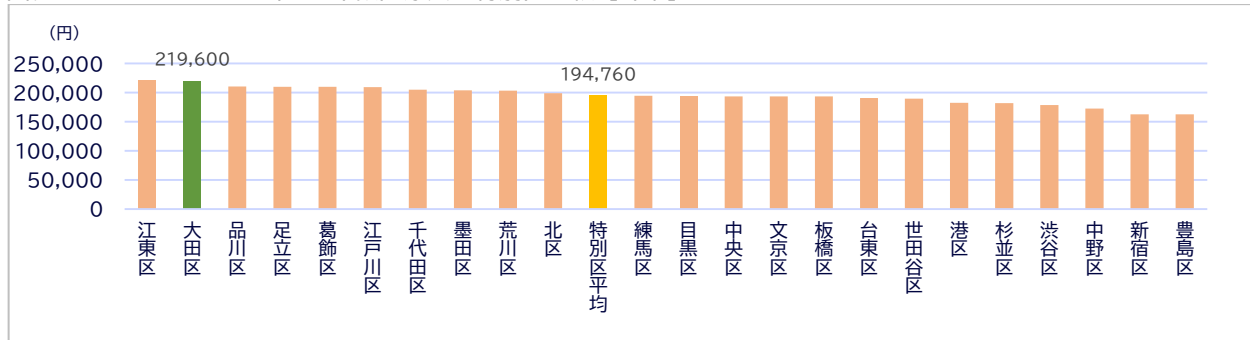
外来医療費は23区で2番目に高く、平均を24,840円上回っている。(図表3-3-1-4)

歯科・調剤医療費においても、23区のなかで最も高く、平均を上回っている。(図表3-3-1-5、3-3-1-6)

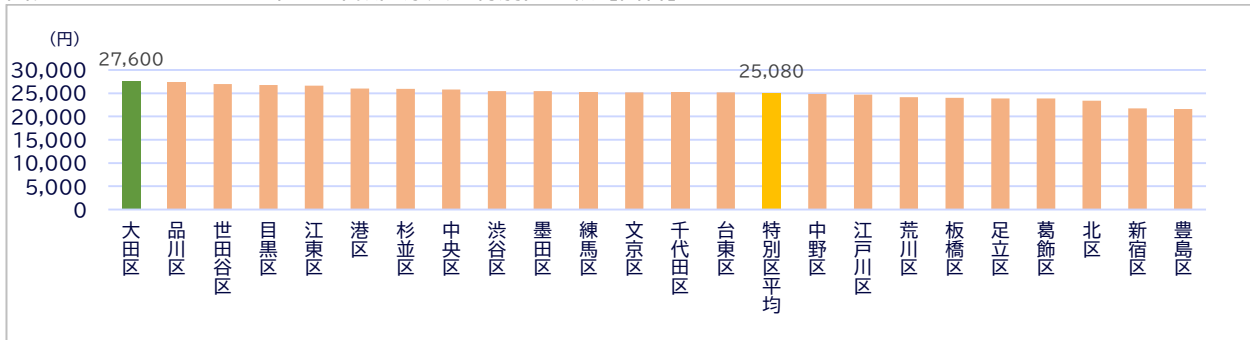
図表3-3-1-3：一人当たり年額医療費の特別区比較【入院】



図表3-3-1-4：一人当たり年額医療費の特別区比較【外来】

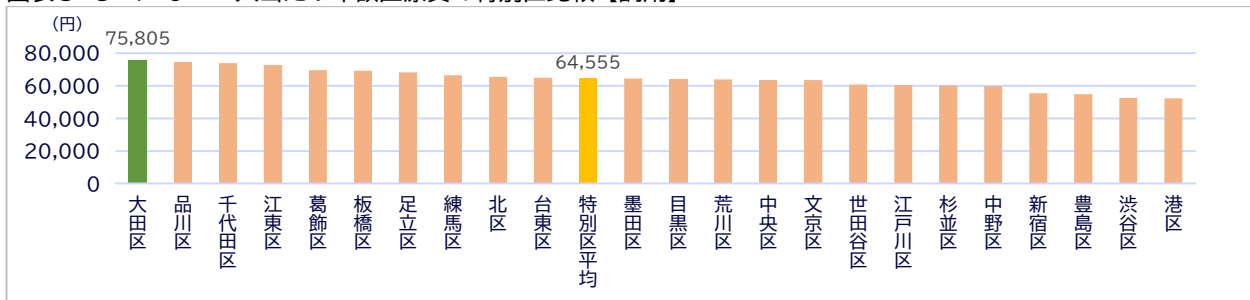


図表3-3-1-5：一人当たり年額医療費の特別区比較【歯科】



【出典】KDB帳票 S21\_005-同規模保険者比較 令和4年度 (図表3-3-1-3～図表3-3-1-5)

図表3-3-1-6：一人当たり年額医療費の特別区比較【調剤】



【出典】国民健康保険事業状況報告書 令和4年度



## (2) 疾病分類別医療費

### ア 疾病分類別入院医療費

疾病大分類別にみると（図表3-3-2-1）、入院医療費が最も高い疾病は「循環器系の疾患」で、入院総医療費の20.2%を占め、細小分類の内訳をみると重篤な疾患である「不整脈」「狭心症」「脳梗塞」の割合が高い。

2番目に高いのは「新生物」で、入院総医療費の18.5%を占め、細小分類の内訳をみると、「肺がん」と「食道がん」の割合が高い。

3番目に高いのは「精神及び行動の障害」で、入院総医療費の10.0%を占め、細小分類の内訳は「統合失調症」と「うつ病」で大半を占めている。

4番目に高いのは「筋骨格系及び結合組織の疾患」で、入院総医療費の9.8%となっている。

図表3-3-2-1：疾病分類別\_入院医療費\_上位

順位	大分類		中分類			細小分類				
	疾病分類	割合	疾病分類	医療費	割合	疾病分類	医療費	割合	割合(国)	割合(都)
1位	循環器系の疾患	20.2%	その他の心疾患	1,396,080,380	8.2%	心臓弁膜症	177,487,350	1.0%	0.8%	1.0%
						不整脈	673,273,190	4.0%	3.0%	3.6%
			虚血性心疾患	600,552,100	3.5%	狭心症	450,940,800	2.7%	1.9%	1.9%
						心筋梗塞	108,655,860	0.6%	0.8%	0.8%
			その他の循環器系の疾患	435,689,640	2.6%	大動脈瘤	316,011,270	1.9%	1.2%	1.3%
			脳梗塞	430,404,750	2.5%	脳梗塞	430,404,750	2.5%	2.9%	2.8%
2位	新生物<腫瘍>	18.5%	その他の悪性新生物<腫瘍>	1,085,817,840	6.4%	食道がん	173,994,700	1.0%	0.7%	0.9%
						前立腺がん	112,240,280	0.7%	0.8%	0.7%
						膵臓がん	97,166,880	0.6%	0.7%	0.7%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	517,921,630	3.0%	肺がん	517,921,630	3.0%	2.4%	2.4%
			良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	345,219,790	2.0%	子宮筋腫	58,192,790	0.3%	0.3%	0.4%
3位	精神及び行動の障害	10.0%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	826,668,400	4.9%	統合失調症	826,668,400	4.9%	6.7%	5.3%
			その他の精神及び行動の障害	440,234,620	2.6%	認知症	59,878,280	0.4%	0.5%	0.4%
			気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	271,854,490	1.6%	うつ病	271,722,110	1.6%	2.3%	2.0%
4位	筋骨格系及び結合組織の疾患	9.8%	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	492,782,150	2.9%	-	-	-	-	-
			関節症	484,939,780	2.9%	関節疾患	598,315,210	3.5%	3.6%	3.3%
			脊椎障害(脊椎症を含む)	365,568,980	2.1%	-	-	-	-	-

【出典】 KDB帳票 S23\_003-疾病別医療費分析（大分類） 令和4年度 累計

KDB帳票 S23\_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計

KDB帳票 S23\_005-疾病別医療費分析（細小分類） 令和4年度 累計

※最大医療資源傷病名による集計

※疾病分類上位4位までの主な中分類上・細小分類を表示

## イ 疾病分類別外来医療費

疾病大分類別にみると（図表3-3-2-2）、外来医療費が最も高い疾病は「新生物」で、外来総医療費の15.2%を占め、細小分類の内訳をみると「肺がん」「乳がん」の割合が高い。

2番目に高いのは「内分泌、栄養及び代謝疾患」で、外来総医療費の12.3%を占め、「糖尿病」「脂質異常症」の割合が高い。

3番目に高いのは「尿路性器系の疾患」で、外来総医療費の11.3%を占め、「慢性腎臓病（透析あり）」の割合が高い。

4番目は「循環器系の疾患」で、外来医療費の10.0%を占め、「高血圧症」の割合が高い。

図表3-3-2-2：疾病分類別\_外来医療費\_上位

順位	大分類		中分類			細小分類				
	疾病分類	割合	疾病分類	医療費	割合	疾病分類	医療費	割合	割合(国)	割合(都)
1位	新生物 <腫瘍>	15.2%	その他の悪性新生物<腫瘍>	1,481,982,890	5.4%	前立腺がん	255,749,950	0.9%	1.3%	1.0%
			卵巣腫瘍（悪性）			124,779,350	0.5%	0.4%	0.4%	
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	835,100,080	3.1%	肺がん	835,100,080	3.1%	2.8%	2.4%
			乳房の悪性新生物<腫瘍>	569,615,940	2.1%	乳がん	569,615,940	2.1%	2.0%	2.2%
2位	内分泌、栄養及び代謝疾患	12.3%	糖尿病	2,038,632,070	7.5%	糖尿病	1,860,916,310	6.8%	8.1%	6.6%
			脂質異常症	924,045,650	3.4%	脂質異常症	924,042,210	3.4%	3.5%	3.3%
			その他の内分泌、栄養及び代謝障害	242,625,400	0.9%	痛風・高尿酸血症	38,490,310	0.1%	0.2%	0.1%
3位	尿路性器系の疾患	11.3%	腎不全	2,434,241,290	8.9%	慢性腎臓病（透析なし）	114,170,380	0.4%	0.4%	0.4%
						慢性腎臓病（透析あり）	1,799,128,870	6.6%	5.8%	6.6%
			その他の腎尿路系の疾患	203,114,180	0.7%	尿路結石（尿管・膀胱）	15,699,020	0.1%	0.1%	0.1%
			乳房及びその他の女性生殖器の疾患	203,639,370	0.7%	-	-	-	-	-
4位	循環器系の疾患	10.0%	高血圧性疾患	1,149,098,880	4.2%	高血圧症	1,149,021,040	4.2%	5.0%	3.9%
			その他の心疾患	1,071,543,550	3.9%	心臓弁膜症	18,020,360	0.1%	0.1%	0.1%
						不整脈	570,906,890	2.1%	2.2%	1.9%
			虚血性心疾患	211,697,720	0.8%	狭心症	148,308,340	0.5%	0.6%	0.6%

【出典】 KDB帳票 S23\_003-疾病別医療費分析（大分類） 令和4年度 累計  
 KDB帳票 S23\_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計  
 KDB帳票 S23\_005-疾病別医療費分析（細小分類） 令和4年度 累計

※最大医療資源傷病名による集計

※疾病分類上位4位までの主な中分類上・細小分類を表示



### ウ 入院・外来全体の医療費の割合

入院と外来全体の医療費を細小分類で見ると（図表3-3-2-3）、「慢性腎臓病（透析あり）」と「糖尿病」は、第2期データヘルス計画（中間評価）時から7年連続で1位、2位の状況が続いている。

また、関節疾患も高く推移しており、循環器系疾患に起因する高血圧症や不整脈も上位に位置している。

図表3-3-2-3：疾病分類別\_入院・外来医療費の割合

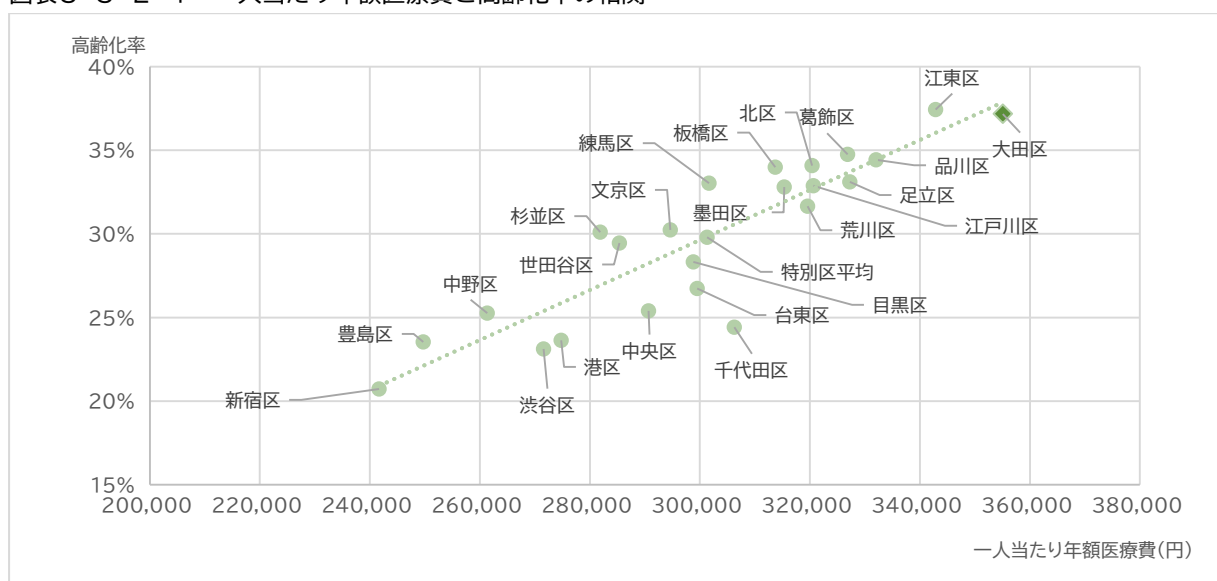
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
1位	慢性腎臓病(透析あり)	慢性腎臓病(透析あり)	慢性腎臓病(透析あり)	慢性腎臓病(透析あり)
2位	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病
3位	関節疾患	関節疾患	関節疾患	関節疾患
4位	高血圧症	統合失調症	統合失調症	肺がん
5位	統合失調症	高血圧症	高血圧症	統合失調症
6位	肺がん	肺がん	肺がん	不整脈
7位	不整脈	不整脈	不整脈	高血圧症
8位	脂質異常症	脂質異常症	脂質異常症	脂質異常症
9位	うつ病	うつ病	大腸がん	骨折
10位	大腸がん	大腸がん	うつ病	うつ病

【出典】KDB帳票 S23\_002-医療費分析（2）大・中・細小分類 令和元年度から令和4年度

### 一人当たり年額医療費と高齢化率の相関

大田区国保の一人当たり年額医療費と高齢化率の相関を特別区全体で見ると、概ね相関があり、大田区は高齢化率と一人当たり年額医療費がともに高い。

図表3-3-2-4：一人当たり年額医療費と高齢化率の相関



【出典】KDB帳票 S21\_005-同規模保険者比較 令和4年度 e-Stat 国民健康保険実態調査 令和4年度

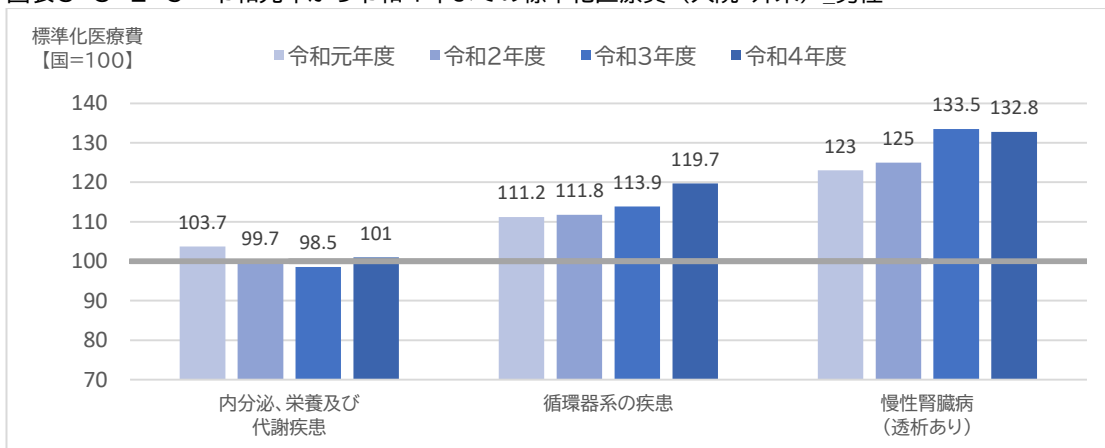
## エ 入院・外来全体の標準化医療費

生活習慣病に関連する医療費を疾病大分類別で見ると「循環器系の疾患」「内分泌、栄養及び代謝疾患」「尿路性器系の疾患」が高い（P31、P32）ため、ここでは国を基準（国=100）とした標準化医療費（入院+外来）で国と比較する。ただし、「尿路性器系の疾患」については生活習慣病の起因以外の疾患が多く含まれるため、細小分類の「慢性腎臓病（透析あり）」で分析する。

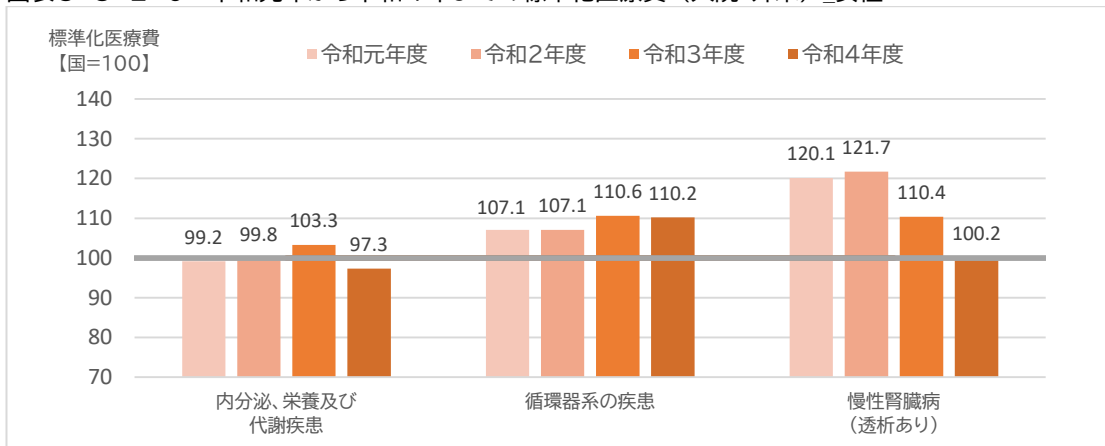
男女別に4年間の傾向をみると（図表3-3-2-5、3-3-2-6）、男女ともに「循環器系の疾患」と「慢性腎臓病（透析あり）」が100を超えている。この数値は年齢や人口の影響を補正した指数であり、国（=100）と比較し医療費が多くかかっていることがわかる。

※標準化医療費：標準化死亡比（SMR）と同じ計算原理で年齢調整したうえでの対全国比（同年の全国=100）を表し標準化比あるいは地域差指数と呼ばれる。例えば、標準化比=120であれば、年齢構成の影響を補正したうえで、全国よりも1.2倍医療費がかかっていることを意味し、標準化比=80であれば、0.8倍、つまり2割少ないことを意味する。

図表3-3-2-5：令和元年から令和4年までの標準化医療費（入院+外来）\_男性



図表3-3-2-6：令和元年から令和4年までの標準化医療費（入院+外来）\_女性



【出典】国立保健医療科学院 医療費の疾病別内訳見える化ツール・KDB国保版（大分類）（細小分類）

「内分泌、栄養及び代謝疾患」…細小分類では、糖尿病・脂質異常症等、生活習慣病の基礎疾患を多く含む

「循環器系の疾患」…細小分類では、不整脈・狭心症・心筋梗塞・脳出血・脳梗塞等、生活習慣病起因の重篤な疾患を多く含む。

### (3) 生活習慣病における医療費及び受診率

#### ア 重篤な疾患と基礎疾患の医療費

ここでは、保健事業により予防可能な疾患における健康課題を抽出するという観点で生活習慣病に焦点をあて、基礎疾患及び重篤な疾患に絞り、レセプト1件当たり年額医療費や受診率、有病状況の推移について概観する。(図表3-3-3-1)

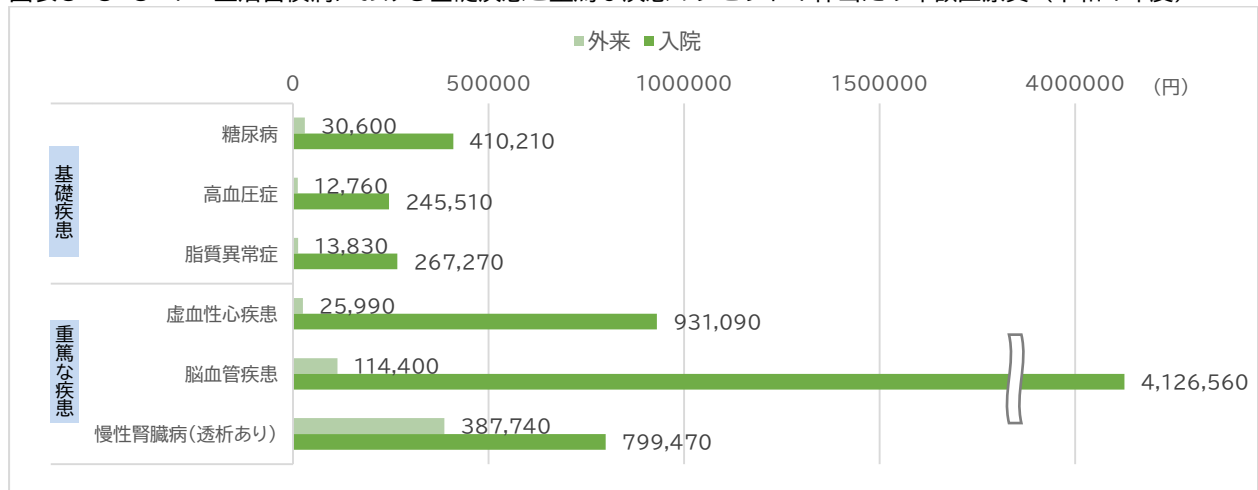
生活習慣病における基礎疾患及び重篤な疾患のいずれにおいても、外来より入院の方がレセプト1件当たり年額医療費は高い。

レセプト1件当たり外来医療費は、重篤な疾患である慢性腎臓病(透析あり)が387,740円と最も高い。

レセプト1件当たり入院医療費は、重篤な疾患である脳血管疾患が4,126,560円と最も高い。

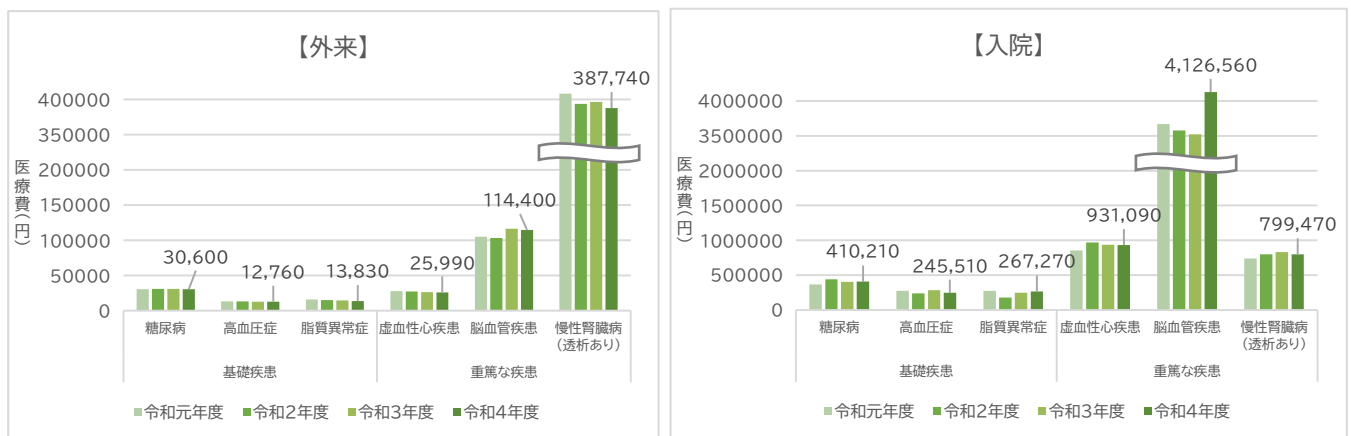
レセプト1件当たり年額医療費の経年推移において(図表3-3-3-2)、外来は横ばい傾向であり、入院は微増又は増加傾向である。

図表3-3-3-1：生活習慣病における基礎疾患と重篤な疾患のレセプト1件当たり年額医療費(令和4年度)



図表3-3-3-2：生活習慣病における基礎疾患と重篤な疾患のレセプト1件当たり年額医療費 経年推移

【出典】KDB帳票 S23\_004-疾病別医療費分析(中分類) 令和元年度から令和4年度 累計



【出典】KDB帳票 S23\_005-疾病別医療費分析(細小(82)分類) 令和元年度から令和4年度 累計

※脳血管疾患は、KDBシステムにて設定されている疾病分類(中分類)区分のうち「くも膜下出血」「脳内出血」「脳梗塞」「脳動脈硬化(症)」「その他の脳血管疾患」をまとめている

※「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」は、KDBシステムにて設定されている疾病分類(中分類)区分を集計している

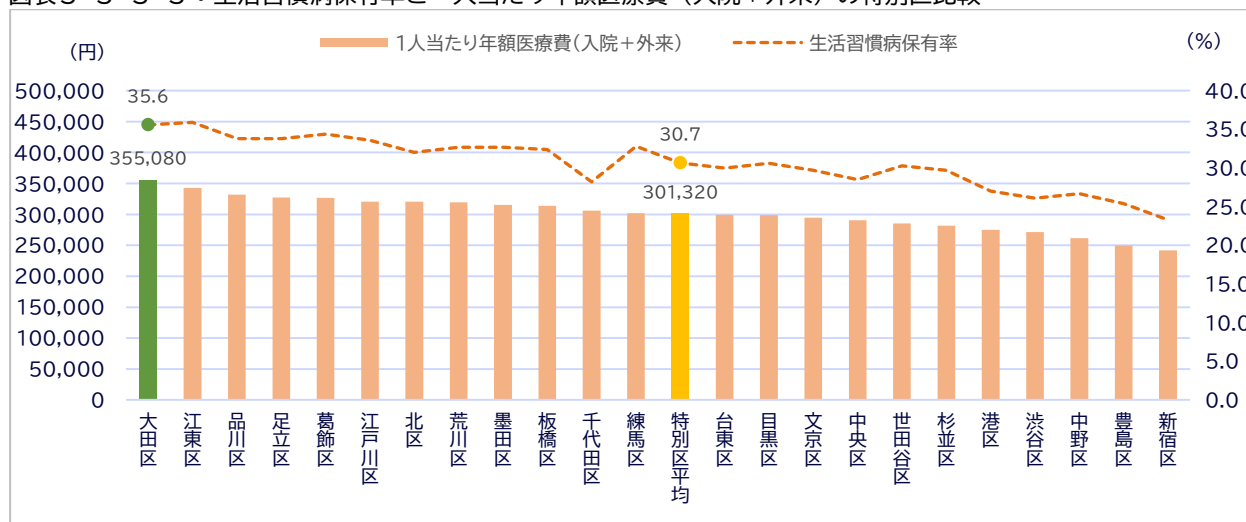
### イ 生活習慣病保有率と一人当たり医療費（入院+外来）

大田区の生活習慣病保有率は35.6%で特別区では2番目に高く、特別区平均を4.9ポイント上回っている。（図表3-3-3-3）

また、一人当たり医療費（入院+外来）は年額355,080円で特別区では一番高く、特別区平均を約54,000円上回っている。

生活習慣病保有率が高い保険者は一人当たり医療費が高い傾向にあり、生活習慣病の発症予防及び重症化予防が医療費の抑制につながることが示唆される。

図表3-3-3-3：生活習慣病保有率と一人当たり年額医療費（入院+外来）の特別区比較



【出典】KDB帳票 S21\_005-同規模保険者比較 令和4年度

※この項における生活習慣病とは、KDBが定める生活習慣病（糖尿病、高血圧症、脂質異常症、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、がん、筋・骨格関連疾患、及び精神疾患）を指す

## ウ 基礎疾患と重篤な疾患の受診率

生活習慣病における基礎疾患と重篤な疾患の受診率※について、国との比較から区の特性をみる。

大田区の基礎疾患及び慢性腎臓病(透析無し)の外来受診率は、いずれも国より低い。一方、重篤な疾患である虚血性心疾患の入院受診率と、慢性腎臓病(透析有り)の外来受診率は、国より高い。(図表3-3-3-4)

また、年齢調整を加えた標準化比において(図表3-3-3-5)、受診率の対国比1.00より値が高い場合は、その疾患で医療機関にかかっている人が国平均よりも多いことを意味している。反対に、1.00より低い場合は、医療機関にかかっている人が国平均よりも少ないことを意味する。

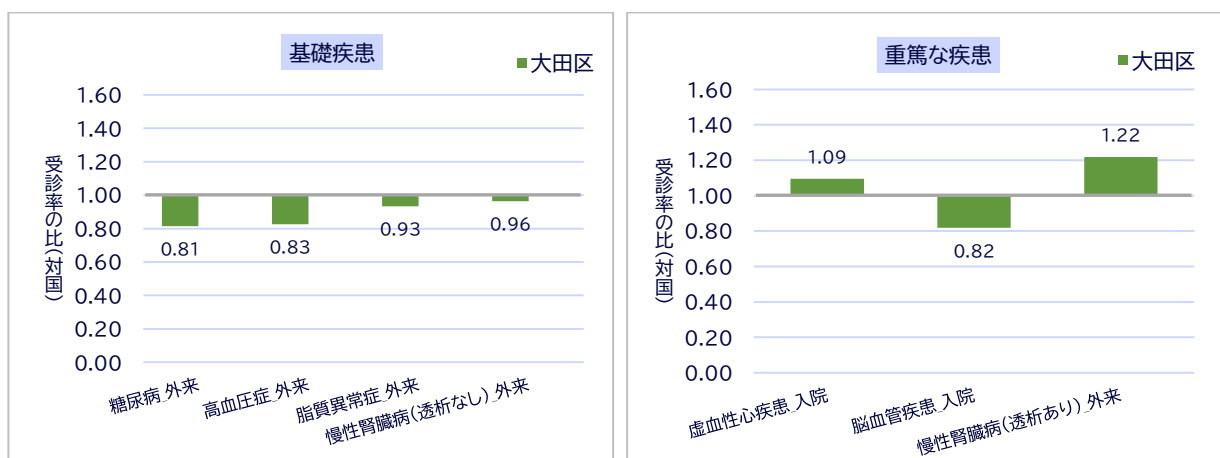
※受診率：被保険者千人当たりのレセプト件数

図表3-3-3-4：生活習慣病における基礎疾患と重篤な疾患の受診率

基礎疾患及び慢性腎臓病(透析なし)	大田区	国	都	同規模
糖尿病_外来	530.3	651.2	466.9	601.1
高血圧症_外来	717.0	868.1	610.4	795.8
脂質異常症_外来	532.0	570.5	468.6	541.1
慢性腎臓病(透析なし)_外来	13.9	14.4	13.0	14.4

重篤な疾患	大田区	国	都	同規模
虚血性心疾患_入院	5.1	4.7	3.8	4.5
脳血管疾患_入院	8.4	10.2	7.8	9.8
慢性腎臓病(透析あり)_外来	36.9	30.3	32.4	31.1

図表3-3-3-5：基礎疾患と重篤な疾患の受診率における標準化比(国との比較)



【出典】KDB帳票 S23\_004-疾病別医療費分析(中分類) 令和4年度 累計  
KDB帳票 S23\_005-疾病別医療費分析(細小(82)分類) 令和4年度 累計

※脳血管疾患は、KDBシステムにて設定されている疾病分類(中分類)区分のうち「くも膜下出血」「脳内出血」「脳梗塞」「脳動脈硬化(症)」「その他の脳血管疾患」をまとめている

※「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」は、KDBシステムにて設定されている疾病分類(中分類)区分を集計している

※「虚血性心疾患」「脳血管疾患」は入院、それ以外の疾病分類は外来を集計している

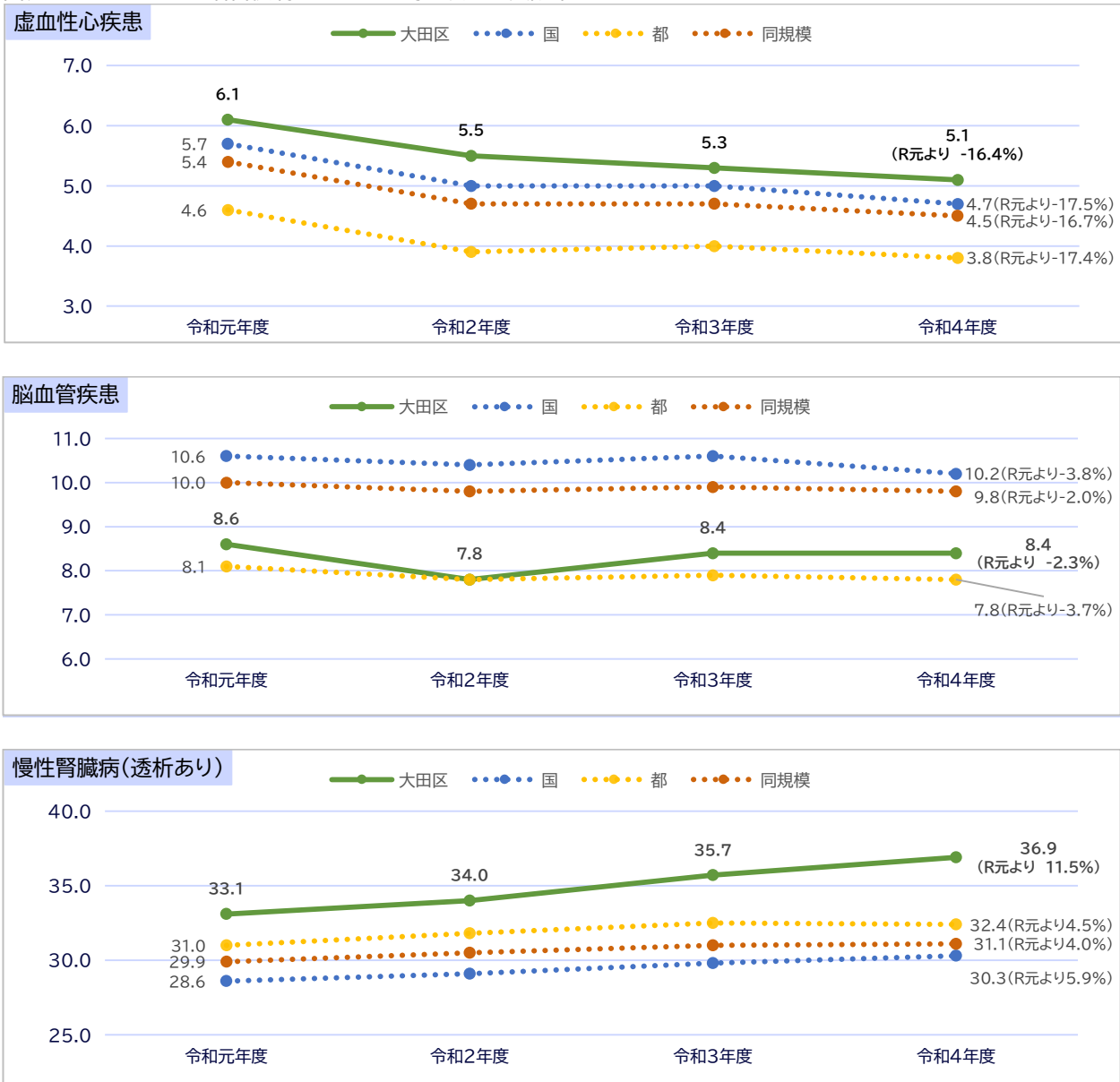
## 工 生活習慣病における重篤な疾患の受診率の推移

重篤な疾患における受診率の推移をみると(図表3-3-3-6)、令和4年度の「虚血性心疾患」の受診率は、令和元年度と比較して-16.4%で減少率は国・都より小さい。

「脳血管疾患」の受診率においても、令和元年度と比較して-2.3%で減少率は国・都より小さい。

「慢性腎臓病(透析あり)」の受診率は、令和元年度と比較して+11.5%で増加率は国・都より大きい。

図表3-3-3-6：生活習慣病における重篤な疾患の受診率



【出典】KDB帳票 S23\_004-疾病別医療費分析(中分類) 令和元年度から令和4年度 累計  
 KDB帳票 S23\_005-疾病別医療費分析(細小(82)分類) 令和元年度から令和4年度 累計

## オ 人工透析の推移

人工透析患者数の推移をみると（図表3-3-3-7）、令和4年度の患者数は639人で、令和元年度の625人と比較して14人増加している。

令和4年度における新規の透析患者数は令和元年度と比較して増加しており、毎年110人程度の新規人工透析患者が発生している。

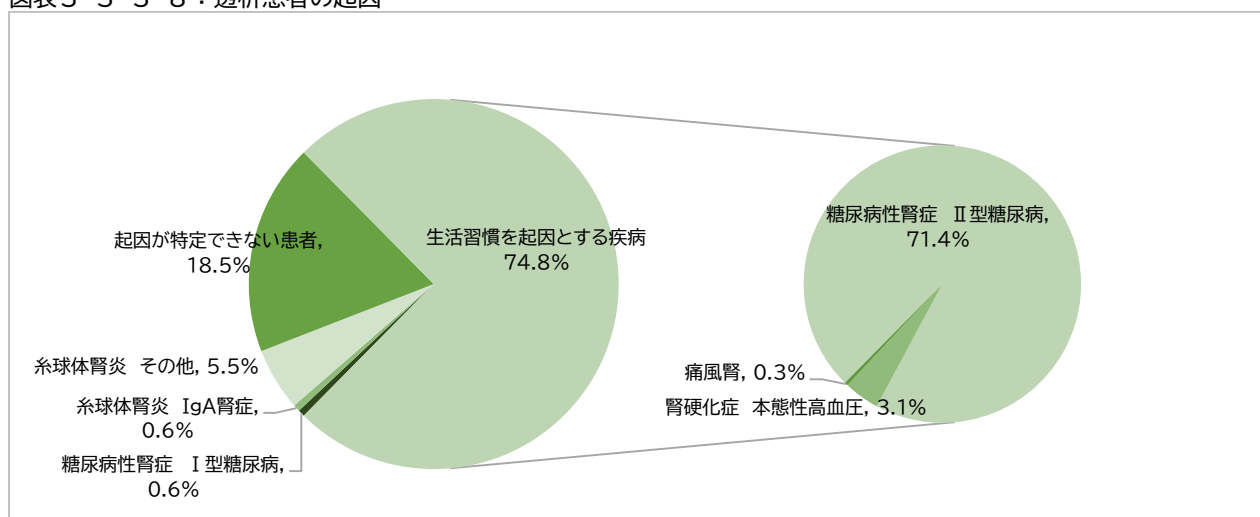
また、透析患者の起因をみると（図表3-3-3-8）、起因が明らかとなった患者のうち、74.8%が生活習慣病を起因とするものであり、71.4%がⅡ型糖尿病を起因として透析となる、糖尿病性腎症となっている。

図表3-3-3-7：人工透析患者数

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
人工透析患者数	全体	625	643	632	639
	新規	109	130	117	113

【出典】（株）データホライゾン

図表3-3-3-8：透析患者の起因



【出典】（株）データホライゾン

※対象診療年月は令和4年3月～令和5年2月診療分（12カ月分）

人工透析患者の一人当たり年額医療費の推移をみると（図表3-3-3-9）、令和4年度の患者一人当たり医療費平均は約576万円であり、高い水準でほぼ横ばい傾向となっている。

図表3-3-3-9：人工透析の医療費の推移

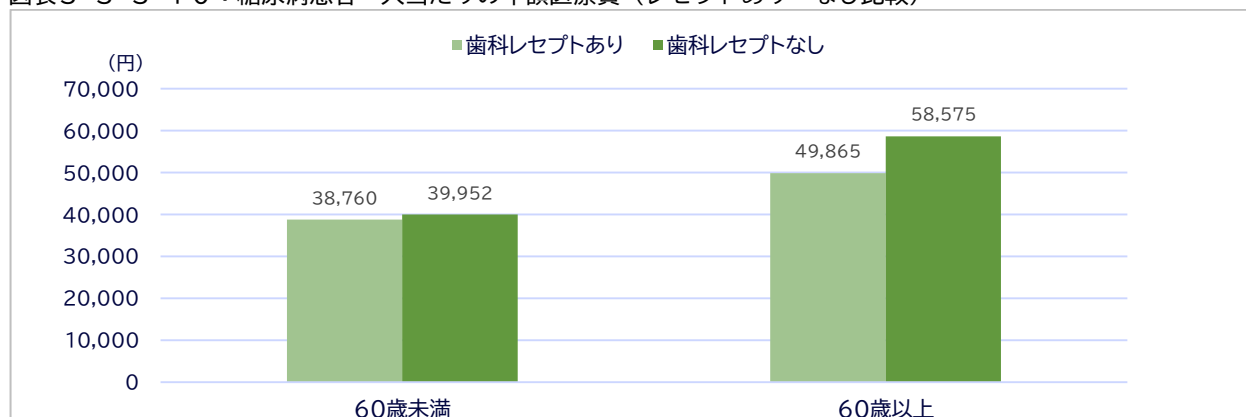


【出典】（株）データホライゾン

## カ 糖尿病と歯科

糖尿病患者一人当たり年額医療費を、歯科レセプトの発生状況別にみると（図表3-3-3-10）、60歳未満では歯科レセプトなしの方が歯科レセプトありに比べて1,192円医療費が高く、60歳以上では歯科レセプトなしの方が歯科レセプトありに比べて8,710円医療費が高い。

図表3-3-3-10：糖尿病患者一人当たりの年額医療費（レセプトあり・なし比較）

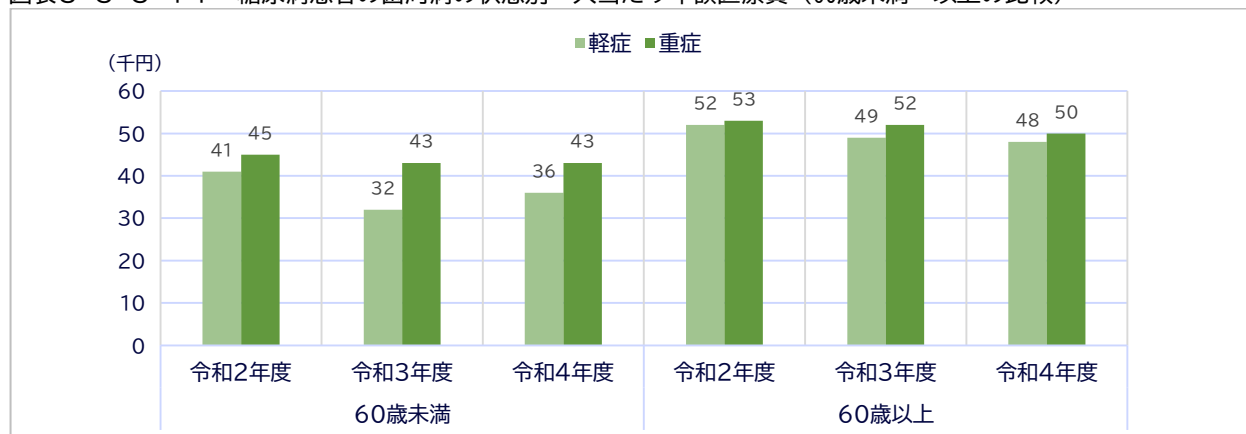


【出典】（株）データホライゾン

※対象診療年月は令和4年3月～令和5年2月診療分（12カ月分）

また、令和2年度から令和4年度における糖尿病患者一人当たり年額医療費を、年齢階層・歯周病の状態別にみると（図表3-3-3-11）、60歳未満・60歳以上ともいずれの年度においても、医療費は歯周病の状態が軽症よりも重症の方が高い。

図表3-3-3-11：糖尿病患者の歯周病の状態別一人当たり年額医療費（60歳未満・以上の比較）



【出典】（株）データホライゾン

※対象診療年月は令和2年4月～令和5年3月診療分（36か月分）

地域保健・健康増進報告対象年齢における健診結果を参考掲載する。

参考：大田区成人歯科健康診査結果

	受診者（人） （40歳・50歳・60歳・70歳 合計）	健診結果		
		要精検者（人）	要指導者（人）	異常認めず（人）
令和元年度	2,626	1,393	927	306
令和2年度	2,712	1,419	984	309
令和3年度	2,592	1,258	1,046	288

【出典】地域保健・健康増進報告

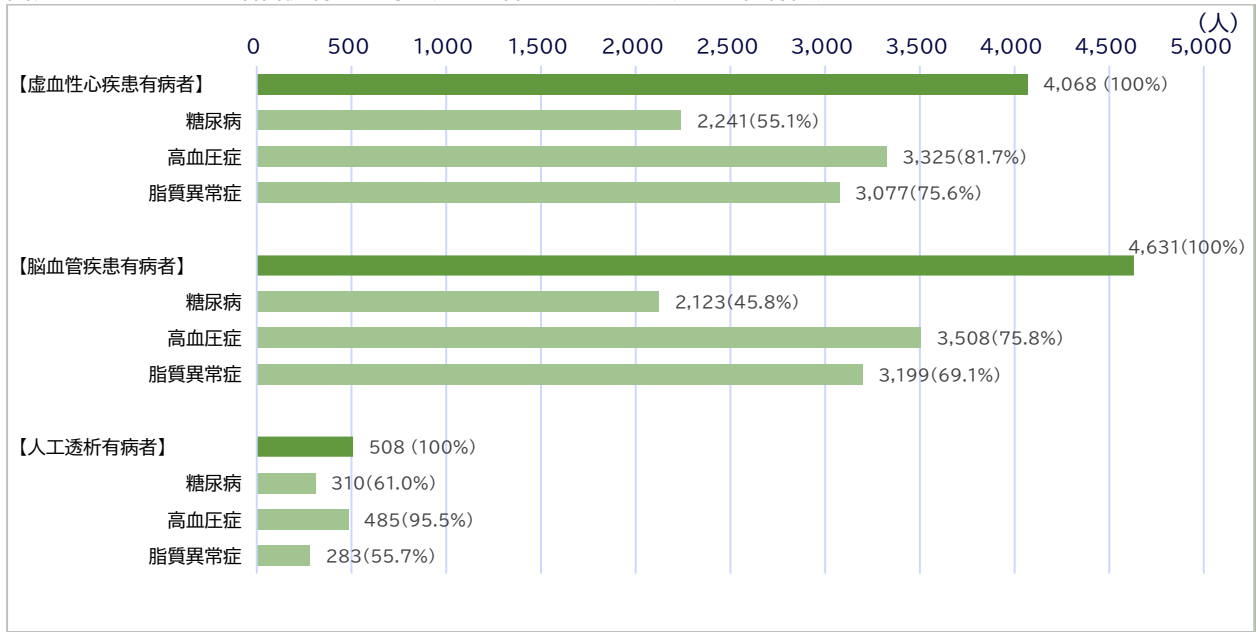


#### (4) 生活習慣病における有病状況

##### ア 生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況

生活習慣病の重篤な疾患患者において基礎疾患のレセプトが出ている人の割合をみると（図表3-3-4-1）、生活習慣病の重篤な患者は複数の基礎疾患（糖尿病・高血圧症・脂質異常症）を有していることがわかる。

図表3-3-4-1：生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況

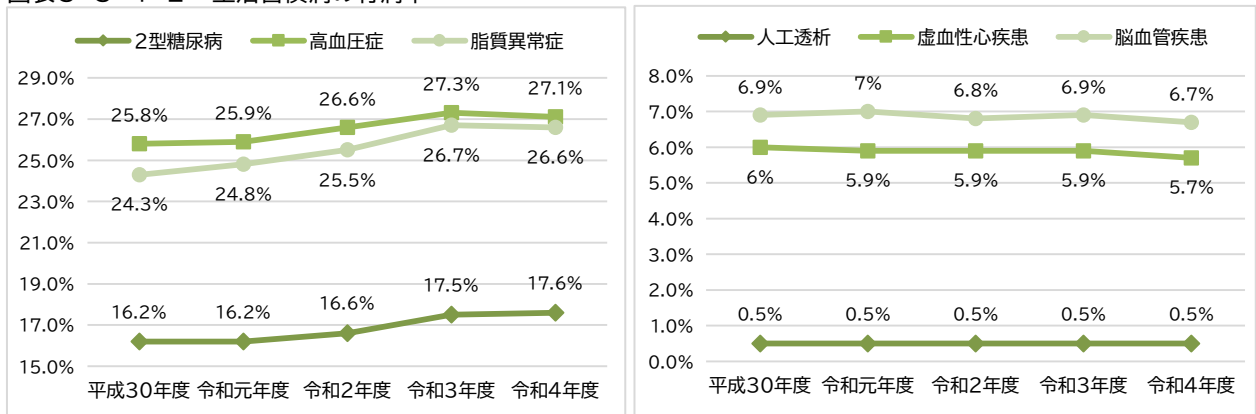


【出典】 KDB帳票 S21\_018-厚生労働省様式（様式3-5） 令和5年5月  
 KDB帳票 S21\_019-厚生労働省様式（様式3-6） 令和5年5月  
 KDB帳票 S21\_020-厚生労働省様式（様式3-7） 令和5年5月

##### イ 生活習慣病における基礎疾患と重篤な疾患の有病率 経年推移

生活習慣病の有病率について平成30年度から令和4年度までの経年推移をみると（図表3-3-4-2）、基礎疾患である2型糖尿病、高血圧、脂質異常症はいずれも増加傾向である。一方、重篤な疾患である人工透析、虚血性心疾患、脳血管疾患については、ほぼ横ばいとなっている。

図表3-3-4-2：生活習慣病の有病率



【出典】 sucoyaca 「生活習慣病の状況」平成30年度～令和4年度

## (5) 高額なレセプトの状況

### ア 1か月当たり的高額レセプト

総医療費のうち、1か月当たり30万円以上のレセプト（以下、高額なレセプトという。）についてみる（図表3-3-5-1）。

令和4年度のレセプトのうち、高額なレセプトは約229億6,200万円、30,905件で総医療費の51.5%、総レセプト件数の2.8%を占めている。また、上位10疾病で高額なレセプトの51.1%を占めている。

保健事業により予防可能な疾患という観点で重篤な疾患についてみると、「腎不全」「その他の心疾患」「虚血性心疾患」が上位10位に入っている。

図表3-3-5-1：疾病分類（中分類）別\_1か月当たり30万円以上のレセプトの状況

	医療費（円）	総医療費に占める割合	レセプト件数（累計）（件）	レセプト件数に占める割合
令和4年度_総数	44,619,675,020	-	1,093,976	-
1か月当たり30万円以上のレセプトの合計	22,961,712,870	51.5%	30,905	2.8%

#### 内訳（上位の疾病）

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）	1か月当たり30万円以上のレセプトの医療費に占める割合	件数（累計）（件）	1か月当たり30万円以上のレセプト件数に占める割合
1位	腎不全	2,861,520,210	12.5%	6,184	20.0%
2位	その他の悪性新生物	2,103,336,270	9.2%	2,580	8.4%
3位	その他の心疾患	1,467,922,020	6.4%	1,075	3.5%
4位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	1,214,684,690	5.3%	1,276	4.1%
5位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	802,406,620	3.5%	1,842	6.0%
6位	その他の呼吸器系の疾患	755,842,020	3.3%	963	3.1%
7位	骨折	716,149,630	3.1%	757	2.5%
8位	その他の消化器系の疾患	624,520,380	2.7%	937	3.0%
9位	その他の神経系の疾患	611,243,780	2.7%	897	2.9%
10位	虚血性心疾患	569,999,650	2.5%	454	1.5%

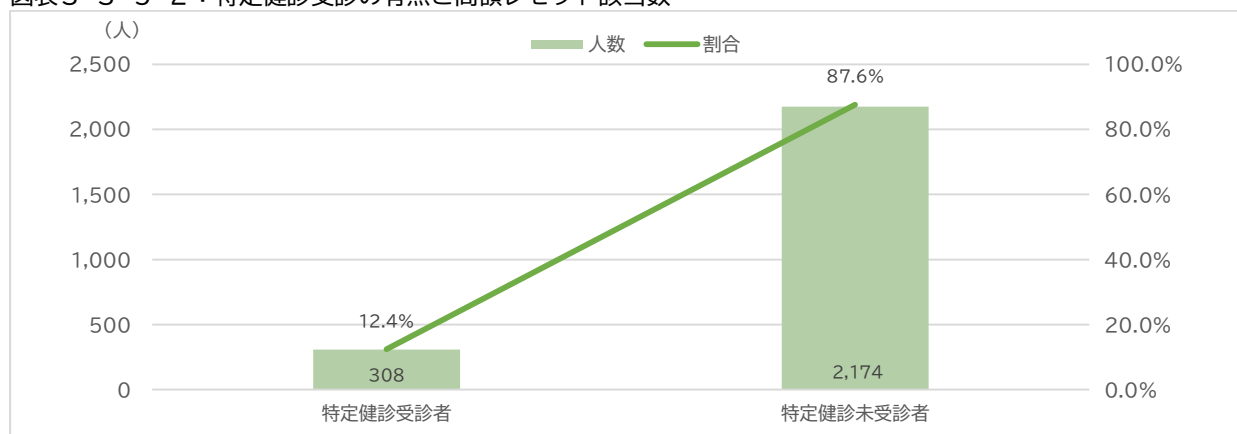
【出典】KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

KDB帳票 S21\_011-厚生労働省様式（様式1-1） 令和4年6月から令和5年5月

## イ 高額なレセプトと特定健診受診率

高額なレセプトが出ている人の当該年度の特定健診受診有無をみると（図表3-3-5-2）、高額なレセプトが出ている人の約8割は特定健診を受診していない状況である。

図表3-3-5-2：特定健診受診の有無と高額レセプト該当数



【出典】KDB帳票 S21\_011-厚生労働省様式（様式1-1）令和5年3月  
KDB帳票 S26\_026-集計対象者一覧 令和4年度 累計

## 4 服薬の状況

本項では、一人当たりの年額調剤費が特別区で1番目に高い現状を踏まえ、その要因となる重複・多剤服薬の状況と後発医薬品使用状況について概観する。

### (1) 重複服薬の状況

重複服薬の状況を見ると（図表3-4-1-1）、重複処方該当者数は1,213人である。

令和2年度からの推移を見ると（図表3-4-1-2）、季節性の疾病などもあり、月により増減があるものの、同月比で見ると該当者数は増加傾向にある。

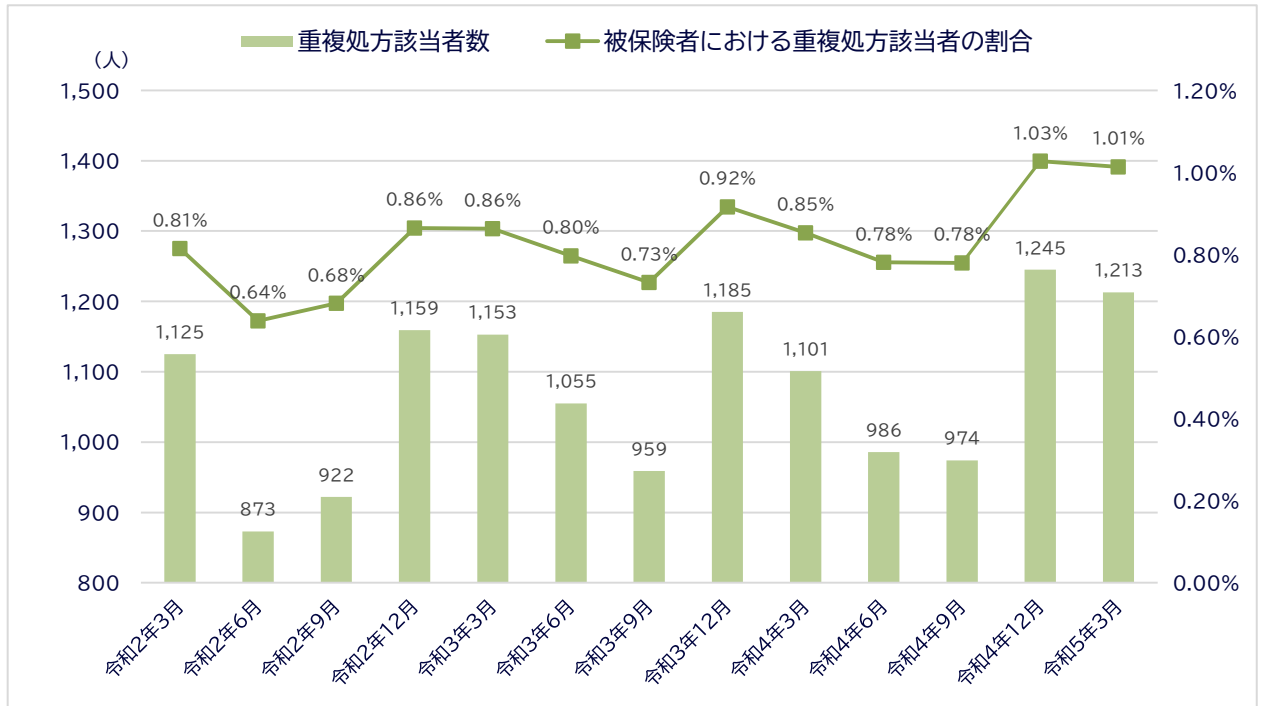
※重複処方該当者：重複処方を受けた人のうち、3医療機関以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬効分類数が1以上、または2医療機関以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬効分類数2以上に該当する者

図表3-4-1-1：重複服薬の状況（薬効分類単位で集計） ※令和5年3月診療分を例示

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効分類数（同一月内）									
		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
重複処方を受けた人	2医療機関以上	3,784	1,000	341	123	60	33	15	10	5	4
	3医療機関以上	213	147	89	48	28	19	9	5	2	2
	4医療機関以上	37	28	20	12	11	7	4	4	1	1
	5医療機関以上	15	11	8	3	3	1	1	1	1	1

【出典】KDB帳票 S27\_013-重複・多剤処方の状況 令和5年3月診療分

図表3-4-1-2：重複服薬該当者の推移



【出典】KDB帳票 S27\_013-重複・多剤処方の状況 令和2年3月～令和5年3月診療分

## (2) 多剤服薬の状況

多剤服薬の状況を見ると（図表3-4-2-1）、多剤処方該当者数は316人である。

令和2年度からの推移を見ると（図表3-4-2-2）、季節性の疾病などもあり、月により増減があるものの、該当者数は増加傾向にある。

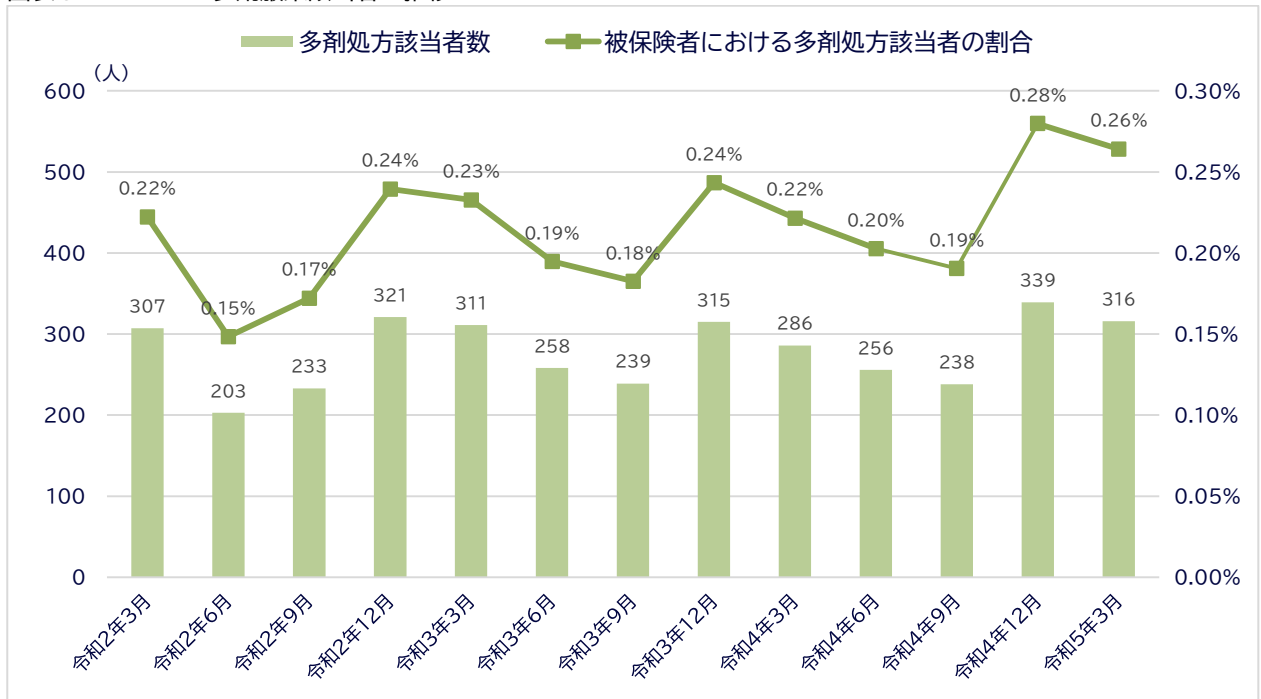
※多剤処方該当者：同一薬剤に関する処方日数が1日以上かつ処方薬剤数（同一月内）が15剤以上に該当する者

図表3-4-2-1：多剤服薬の状況（薬効分類単位で集計） ※令和5年3月診療分を例示

		薬効分類数（同一月内）											
		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	15以上	20以上
処方日数	1日以上	56,242	46,570	36,504	26,974	19,545	13,885	9,581	6,451	4,358	2,934	316	35
	15日以上	45,570	40,401	32,796	24,986	18,507	13,364	9,338	6,339	4,310	2,910	316	35
	30日以上	38,325	34,233	28,215	21,956	16,578	12,127	8,587	5,916	4,064	2,774	309	35
	60日以上	19,998	18,146	15,531	12,640	9,950	7,606	5,530	3,934	2,771	1,958	260	34
	90日以上	9,109	8,297	7,210	5,959	4,769	3,742	2,770	1,986	1,414	1,027	155	25
	120日以上	4,157	3,897	3,480	2,952	2,363	1,910	1,431	1,033	722	535	93	20
	150日以上	2,068	1,934	1,725	1,474	1,197	961	714	524	373	272	51	11
	180日以上	1,454	1,344	1,185	1,010	806	643	481	355	250	189	40	8

【出典】KDB帳票 S27\_013-重複・多剤処方の状況 令和5年3月診療分

図表3-4-2-2：多剤服薬該当者の推移

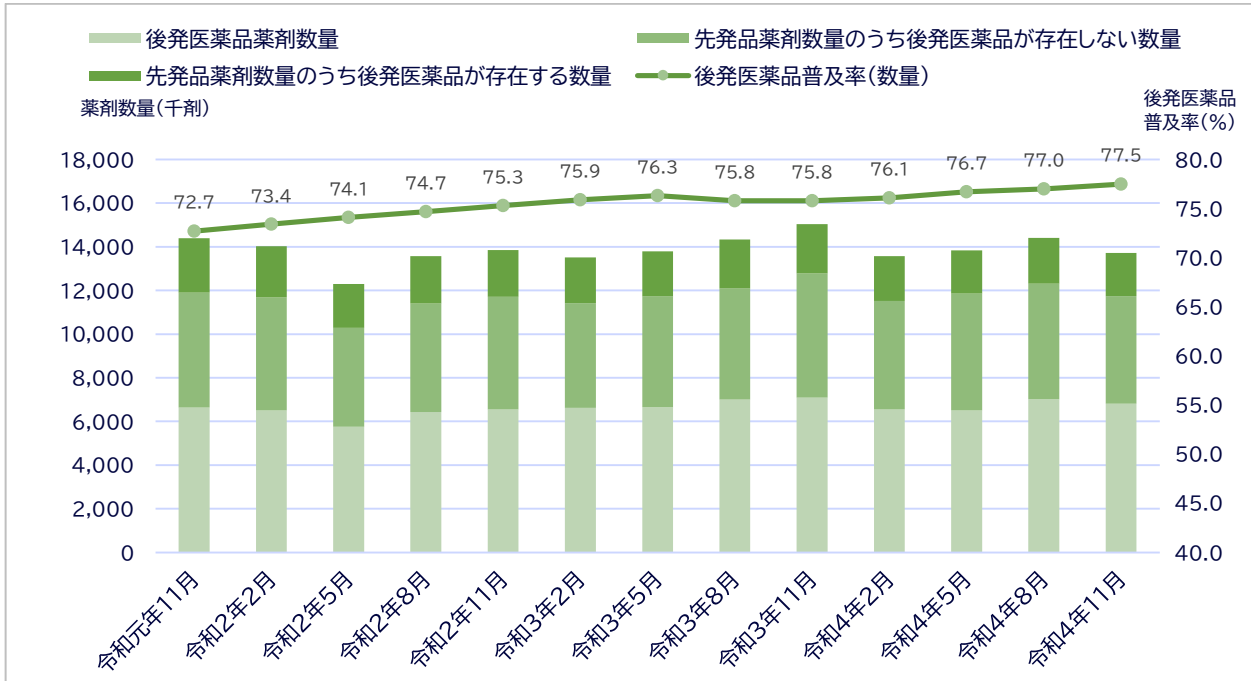


【出典】KDB帳票 S27\_013-重複・多剤処方の状況 令和2年3月～令和5年3月診療分

### (3) 後発医薬品の使用状況

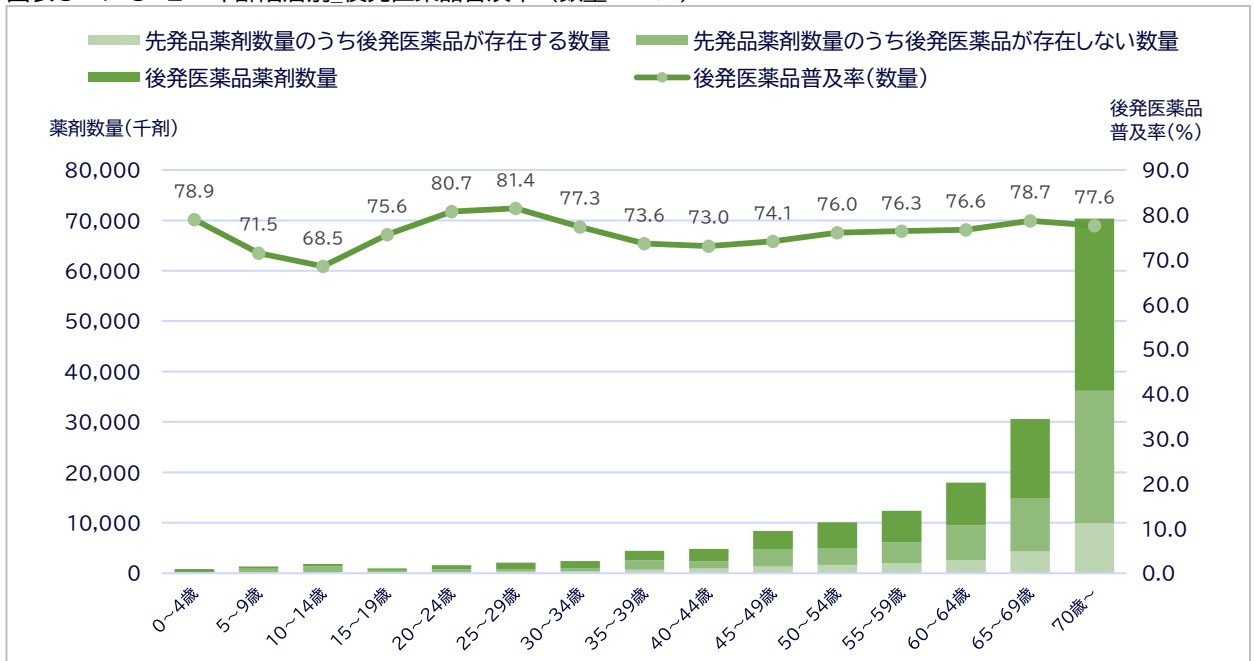
後発医薬品の普及率を数量ベースでみる（図表3-4-3-1）。  
 令和4年11月時点での普及率は77.5%で、令和元年11月から4.8%増加している。

図表3-4-3-1：後発医薬品の普及率（数量ベース）



数量ベースの普及率を、年齢階層別にみる（図表3-4-3-2）。  
 普及率で見ると25歳～29歳が81.4%で最も高く、10歳～14歳が68.5%で最も低い。

図表3-4-3-2：年齢階層別 後発医薬品普及率（数量ベース）

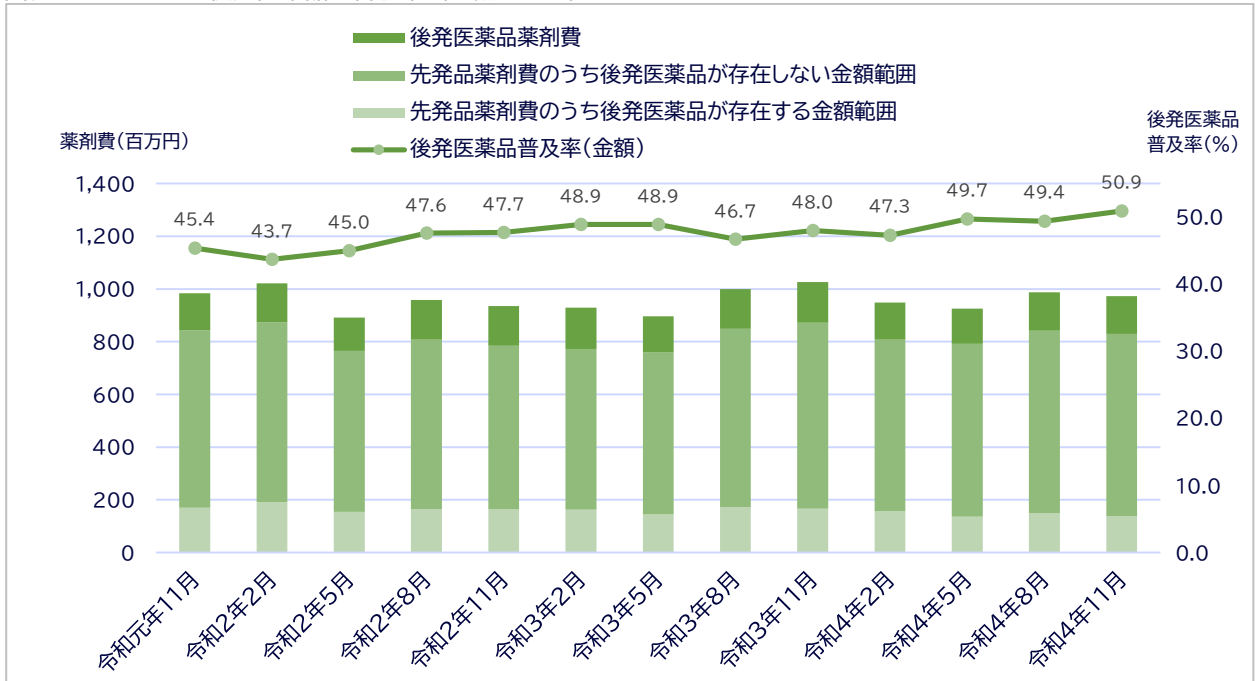


【出典】(株) データホライゾン

※対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分（12カ月分）（図表3-4-3-1・図表3-4-3-2）

後発医薬品の普及率を金額ベースでみる（図表3-4-3-3）。  
 令和4年11月時点での普及率は50.9%で、令和元年11月から5.5%増加している。

図表3-4-3-3：後発医薬品の普及率（金額ベース）



金額ベースの普及率を、年齢階層別にみる（図表3-4-3-4）。  
 普及率で見ると20歳～24歳が58.7%で最も高く、5歳～9歳が34.7%で最も低い。

図表3-4-3-4：年齢階層別\_後発医薬品の普及率（金額ベース）



【出典】(株)データホライゾン

※対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分（12カ月分）（図表3-4-3-3・図表3-4-3-4）



## 5 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況

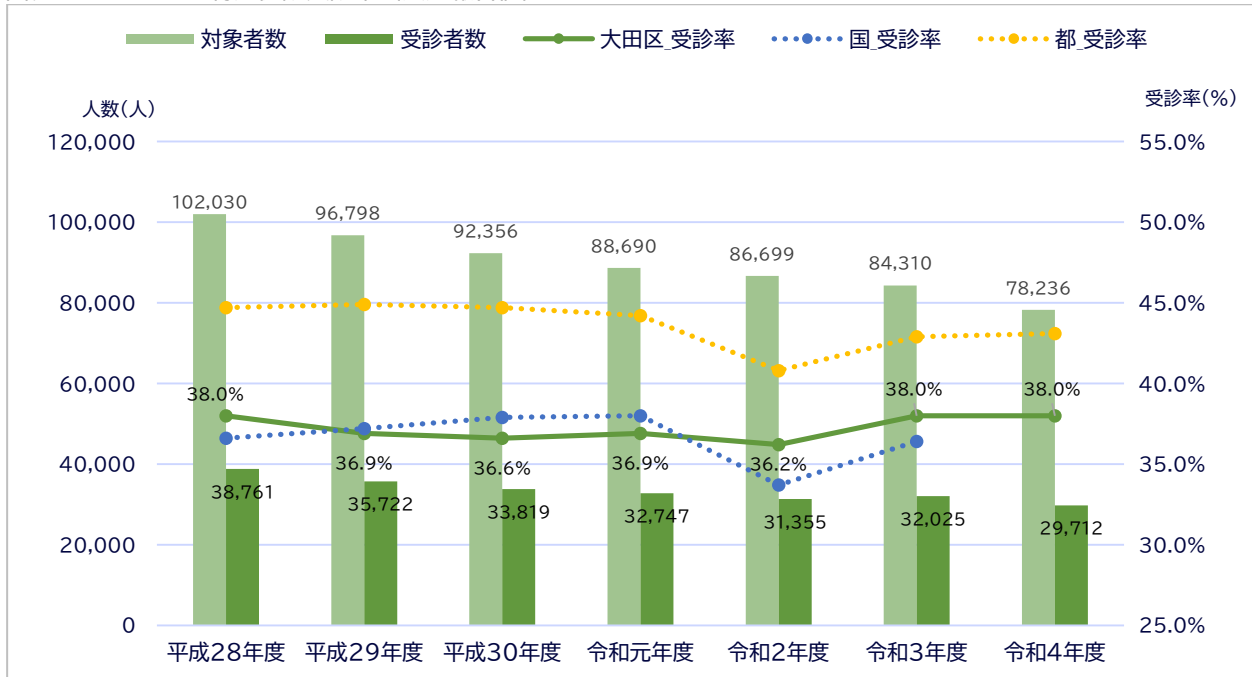
### (1) 特定健診受診率

#### ア 経年推移・年齢階層及び地区別の状況

特定健診受診率の経年推移をみると（図表3-5-1-1）、平成28年度から平成30年度までは低下傾向にあったが、以降はコロナ禍の影響を強く受けた令和2年度を除けば上昇傾向となり、令和4年度では38.0%となった。

また、都より低い水準で推移しているが、令和2年度以降は国より高い水準に転じている。

図表3-5-1-1：特定健診受診率（法定報告値）



		平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定健診受診率	大田区	38.0%	36.9%	36.6%	36.9%	36.2%	38.0%	38.0%
	国	36.6%	37.2%	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%	-
	都	44.7%	44.9%	44.7%	44.2%	40.8%	42.9%	43.1%

【出典】厚生労働省 2016年度から2021年度特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）

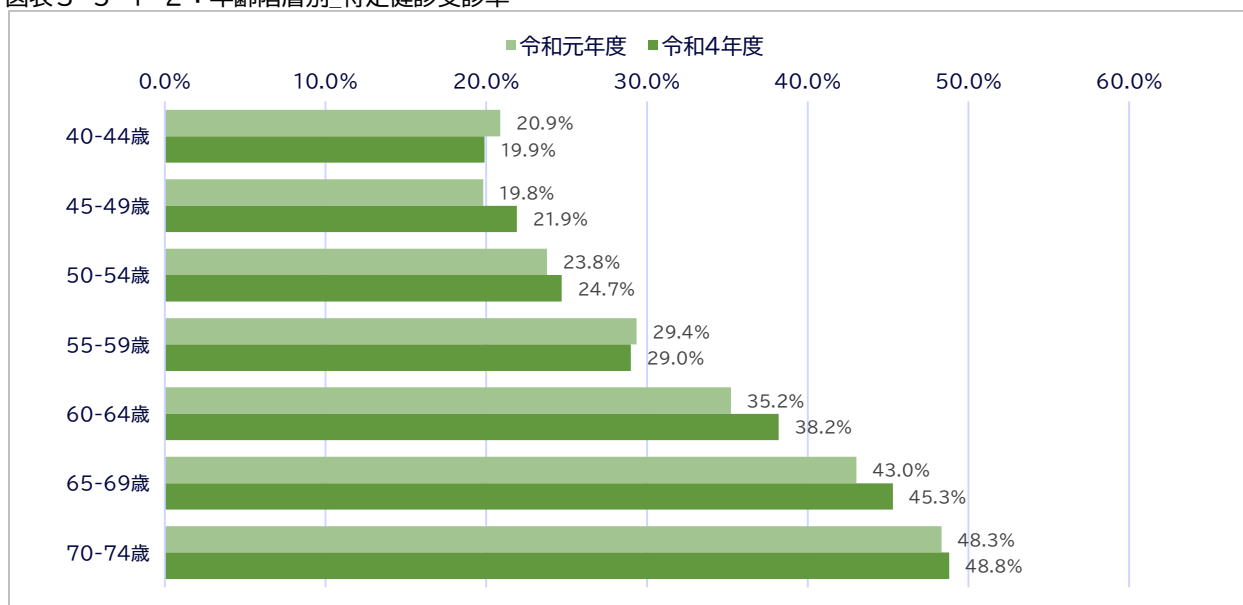
公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 平成28年度から令和3年度

※都の令和4年度の受診率は保険者別特定健診・特定保健指導実施結果から引用

※計画策定段階では、国の令和4年度受診率は未公表

年齢階層別にみると（図表3-5-1-3 2）、若年層に位置付けられる40 - 44歳代の受診率が最も低い。以降、年齢を経るごとに向上し、特に60-64歳代では伸び率が大きくなっている。

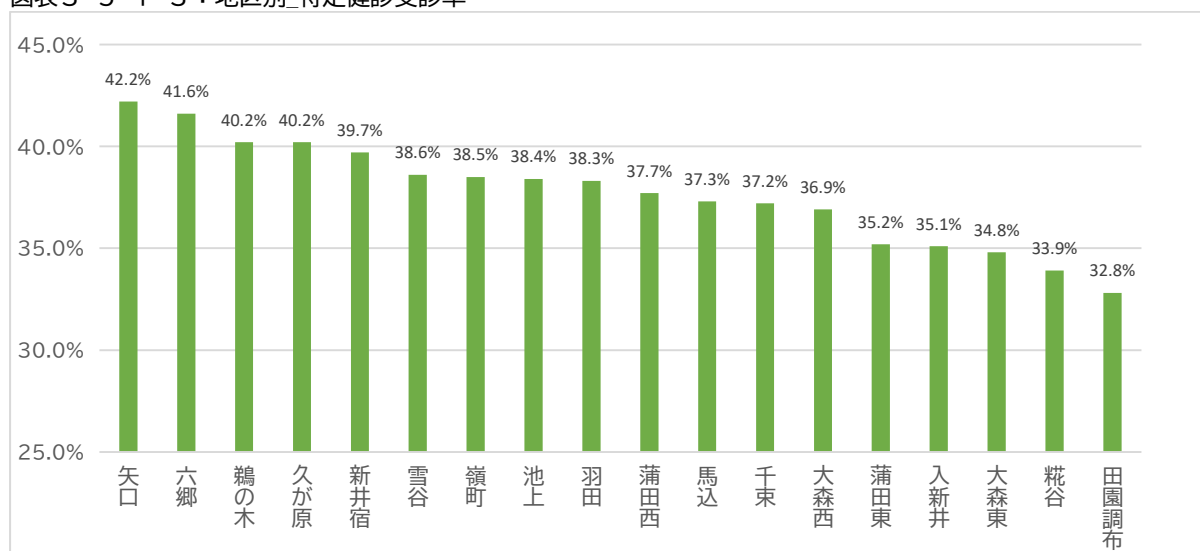
図表3-5-1-2：年齢階層別\_特定健診受診率



【出典】 sucoyaca 「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」 令和元年度・令和4年度

18特別出張所別に特定健診受診率をみると（図表3-5-1-3）、矢口、六郷、鶉の木、久が原地区が高くなっている。

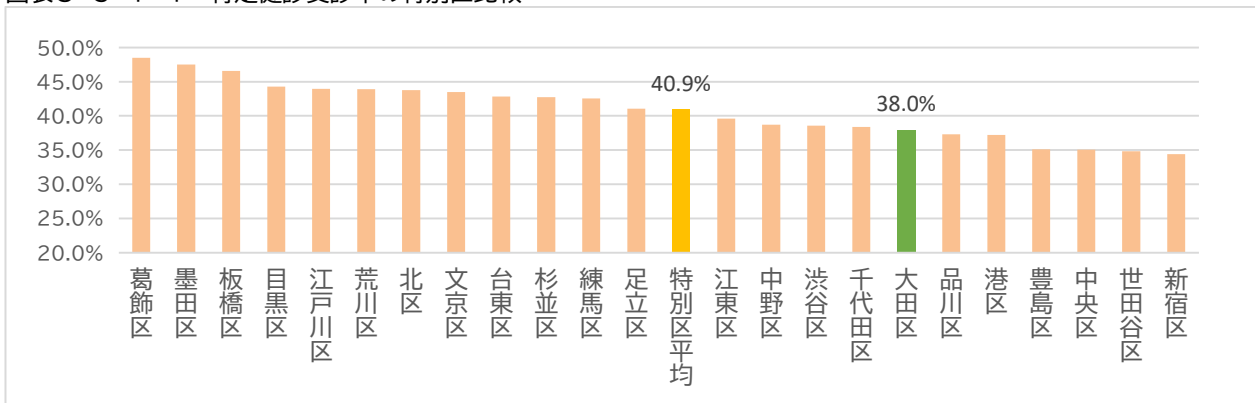
図表3-5-1-3：地区別\_特定健診受診率



【出典】 KDB帳票 S21\_003-健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

特定健診受診率を特別区と比較すると（図表3-5-1-4）、大田区は真ん中よりも下位に位置している。

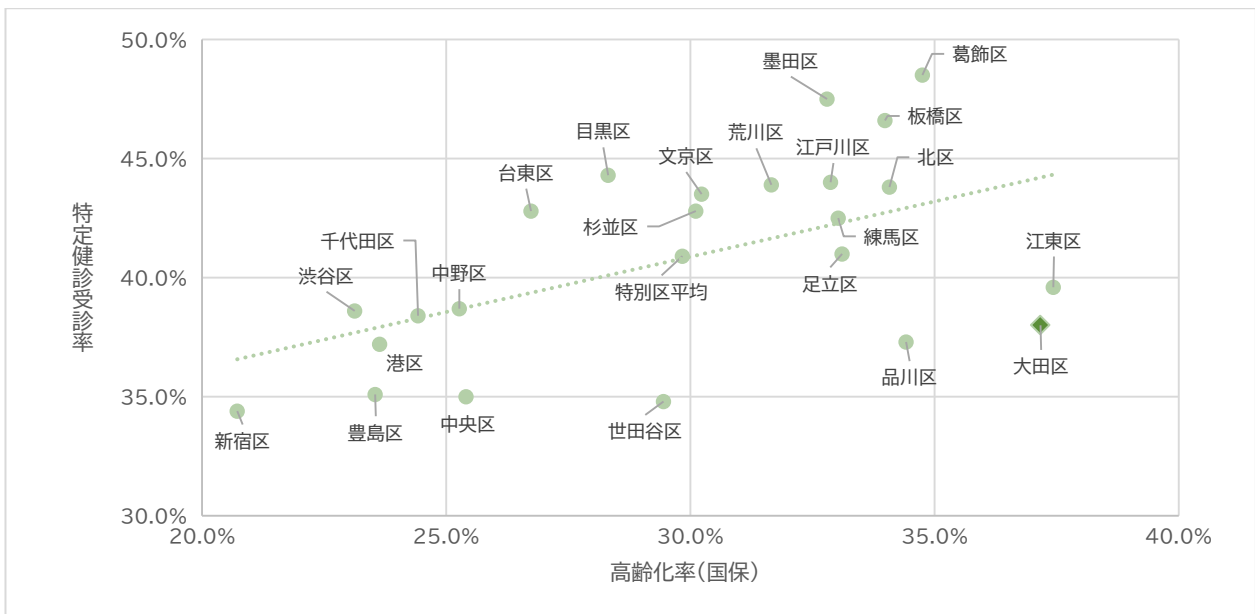
図表3-5-1-4：特定健診受診率の特別区比較



【出典】sucoyaca「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」令和4年度

特別区の特定健診受診率と高齢化率の相関をみると（図表3-5-1-45）、大田区は高い高齢化率に対して受診率が低い。

図表3-5-1-5：特定健診受診率と高齢化率の相関の特別区比較



【出典】sucoyaca「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」令和4年度  
e-Stat 国民健康保険実態調査 令和4年度

## イ 特定健診の受診状況と生活習慣病の治療状況

特定健診を受診した人29,776人のうち、生活習慣病のレセプトが出ている人、すなわち生活習慣病を治療中の人は24,843人で、特定健診対象者の31.6%、特定健診受診者の83.4%を占めている。

他方、特定健診未受診者48,847人のうち、生活習慣病のレセプトが出ている人は28,958人で、特定健診対象者の36.8%、特定健診未受診者の59.3%を占めている（図表3-5-1-6）。

特定健診未受診者のうち、生活習慣病のレセプトが出ていない人は19,889人で、特定健診対象者の25.3%であり、これらの人の健康状態を把握するのは難しい状況にある。年齢階層別にみると、前期高齢者では14.0%の人の健康状況が不明な状況にある。

※この項における生活習慣病とは、KDBが定める生活習慣病（糖尿病、高血圧症、脂質異常症、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、がん、筋・骨格関連疾患、及び精神疾患）を指す

図表3-5-1-6：特定健診の受診状況と生活習慣病の治療状況

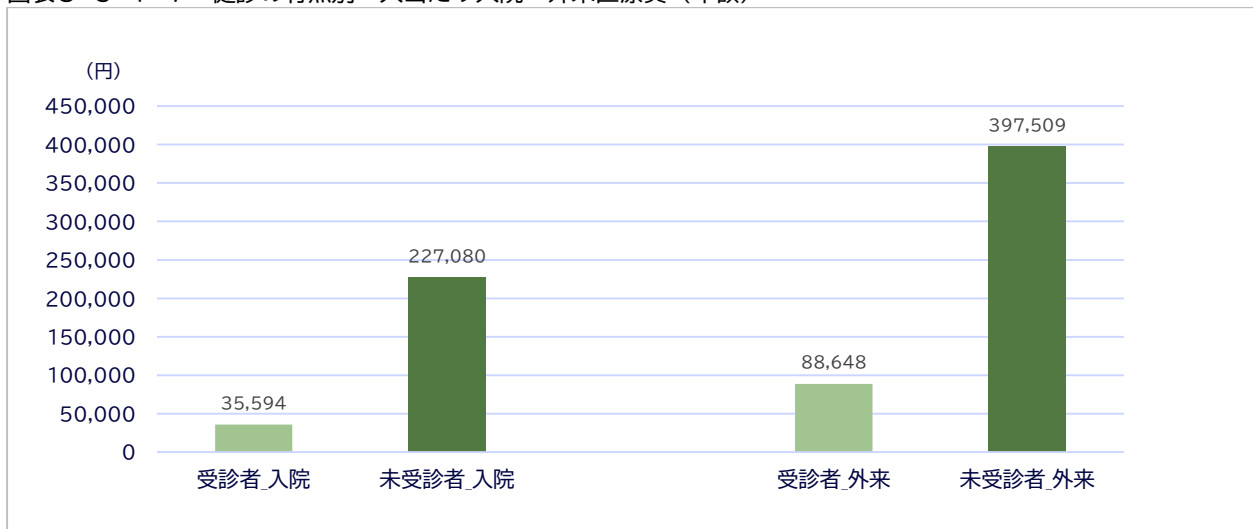
	40-64歳		65-74歳		合計		
	人数（人）	対象者に占める割合	人数（人）	対象者に占める割合	人数（人）	対象者に占める割合	特定健診受診者・未受診者に占める割合
対象者数	37,899	-	40,724	-	78,623	-	-
特定健診受診者数	10,464	-	19,312	-	29,776	-	-
生活習慣病_治療なし	2,863	7.6%	2,070	5.1%	4,933	6.3%	16.6%
生活習慣病_治療中	7,601	20.1%	17,242	42.3%	24,843	31.6%	83.4%
特定健診未受診者数	27,435	-	21,412	-	48,847	-	-
生活習慣病_治療なし	14,208	37.5%	5,681	14.0%	19,889	25.3%	40.7%
生活習慣病_治療中	13,227	34.9%	15,731	38.6%	28,958	36.8%	59.3%

【出典】KDB帳票 S21\_027-厚生労働省様式（様式5-5） 令和4年度 年次

※この厚生労働省様式（様式5-5）は、法定報告値と集計要件が異なるため、対象者数や受診者数の数値が若干異なっている。

特定健診受診者と未受診者の入院・外来の一人当たり年額医療費を比較すると（図表3-5-1-7）、入院では約6倍、外来では約4倍、未受診者のほうが受診者よりも医療費が高く、健診受診者を増やすことが医療費抑制につながることを示唆される。

図表3-5-1-7：健診の有無別一人当たり入院・外来医療費（年額）



【出典】KDB帳票 S23\_007-医療費分析（健診有無別） 国保40～74歳 令和4年度 累計

※一人当たり入院/外来医療費：特定健診受診者・未受診者の医療費を健診受診者数・未受診者で割っている

## (2) 有所見者の状況

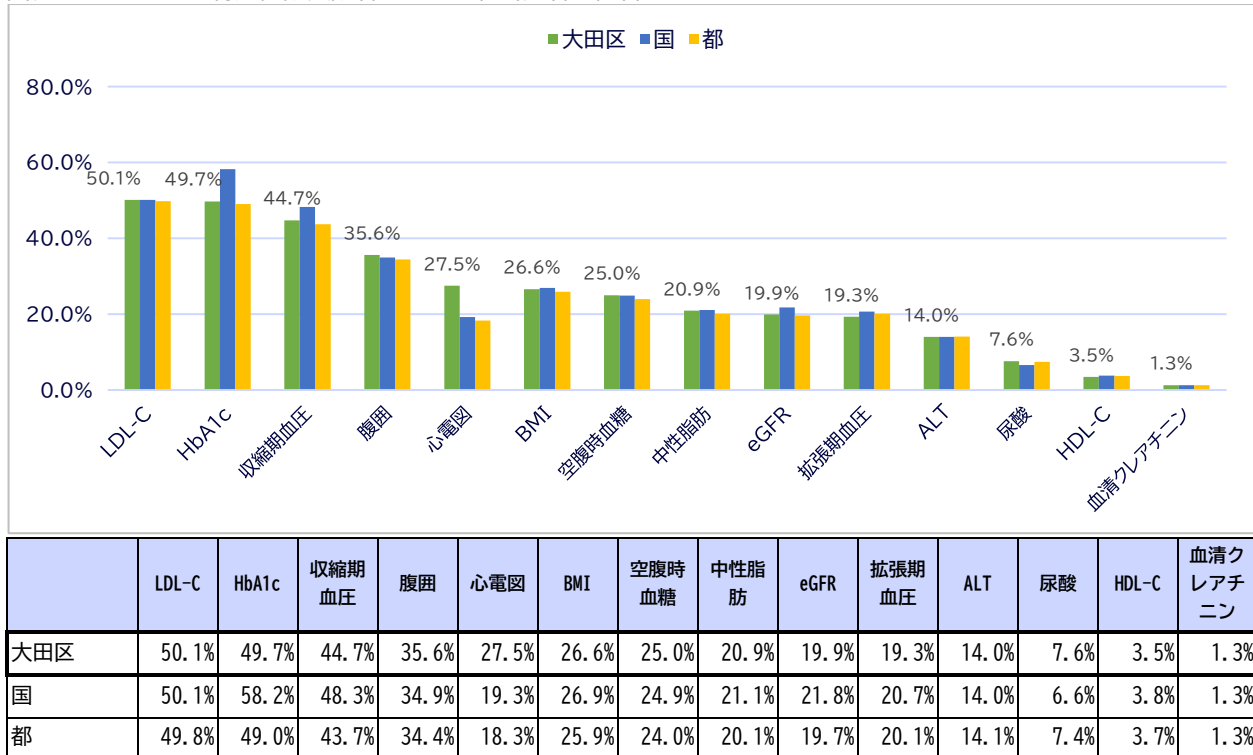
### 特定健診受診者における有所見者の割合

ここでは、特定健診受診者における検査項目ごとの有所見者の割合から、大田区の特定健診受診者において、どの検査項目で有所見者の割合が高いのか、その傾向について考察する。

令和4年度の特定健診受診者における有所見者の割合をみると（図表3-5-2-1）、国や都と比較して「腹囲」「心電図」「尿酸」の有所見率が高い。

※有所見とは、医師の診断が異常なし、要精密検査、要治療等のうち、異常なし以外のものを指す

図表3-5-2-1：特定健診受診者における有所見者の割合



【出典】KDB帳票 S21\_024-厚生労働省様式（様式5-2） 令和4年度 年次

### 参考：検査項目ごとの有所見定義

BMI	25kg/m <sup>2</sup> 以上	中性脂肪	150mg/dL以上
腹囲	男性：85cm以上、女性：90cm以上 (内臓脂肪面積の場合：100cm <sup>2</sup> 以上)	HDL-C	40mg/dL未満
		LDL-C	120mg/dL以上
空腹時血糖	100mg/dL以上	ALT	31U/L以上
HbA1c	5.6%以上	尿酸	7.0mg/dL超過
収縮期血圧	130mmHg以上	血清クレアチニン	1.3mg/dL以上
拡張期血圧	85mmHg以上	eGFR	60mL/分/1.73m <sup>2</sup> 未満

【出典】KDBシステム 各帳票等の項目に係る集計要件

### (3) メタボリックシンドロームの状況

#### ア 特定健診受診者におけるメタボ該当者数とメタボ予備群該当者数

特定健診受診者におけるメタボリックシンドローム該当者（以下、メタボ該当者という。）及びメタボリックシンドローム予備群該当者（以下、メタボ予備群該当者という。）のデータを概観する。

ここでは大田区のメタボ該当者及びメタボ予備群該当者の割合及び高血圧、高血糖及び脂質代謝異常リスクの該当状況を見る。

令和4年度の特定健診受診者におけるメタボリックシンドロームの状況を見ると（図表3-5-3-1）、メタボ該当者は6,337人で特定健診受診者（29,712人）における該当者割合は21.3%、男女別にみると、男性では特定健診受診者の35.1%が、女性では11.6%がメタボ該当者となっている。

メタボ予備群該当者は3,216人で特定健診受診者における該当者割合は10.8%となっており、男女別にみると、男性では特定健診受診者の18.3%が、女性では5.6%がメタボ予備群該当者となっている。

令和4年度の都の数値と比較すると、メタボ該当者割合は都より高く、メタボ予備群該当者割合は都より低い。

なお、メタボ該当者及びメタボ予備群該当者の定義は、下表（メタボリックシンドローム判定値の定義）のとおりである。

図表3-5-3-1：特定健診受診者におけるメタボ該当者数・メタボ予備群該当者数

	大田区 (R4)		都 (R4)
	対象者数 (人)	割合	割合
メタボ該当者	6,337	21.3%	19.6%
男性	4,302	35.1%	—
女性	2,035	11.6%	—
メタボ予備群該当者	3,216	10.8%	11.2%
男性	2,237	18.3%	—
女性	979	5.6%	—

【出典】sucoyaca「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」令和3年度・令和4年度

#### 参考：メタボリックシンドローム判定値の定義

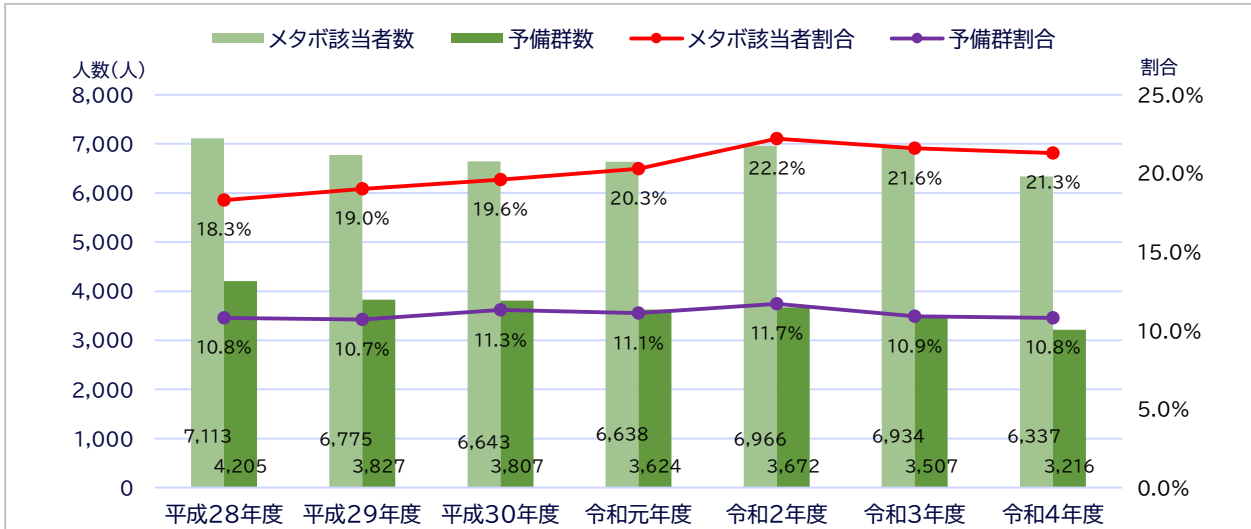
メタボ該当者	腹囲 85cm (男性)	以下の追加リスクのうち2つ以上該当
メタボ予備群該当者	90cm (女性) 以上	
追加リスク	血糖	空腹時血糖110mg/dL以上 (空腹時血糖の結果値が存在しない場合、HbA1c6.0%以上)
	血圧	収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上
	脂質	中性脂肪150mg/dL以上、またはHDLコレステロール40mg/dL未満

【出典】厚生労働省 メタボリックシンドロームの診断基準

### イ メタボ該当者数とメタボ予備群該当者数の推移

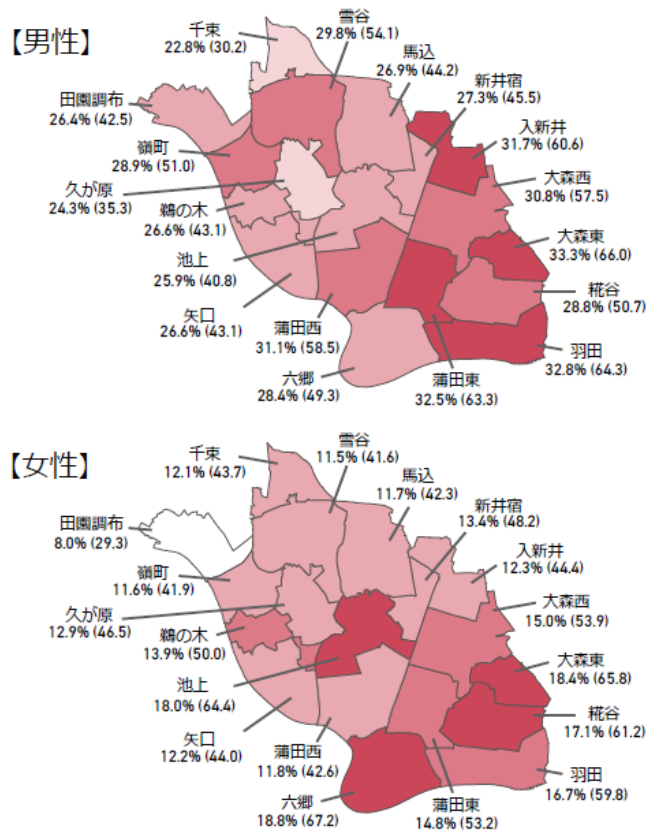
メタボ該当者割合及びメタボ予備群該当者割合の推移をみると（図表3-5-3-2）、メタボ該当者割合はやや増加傾向にあり、メタボ予備群割合は横ばい傾向にある。

図表3-5-3-2：メタボ該当者数・メタボ予備群該当者数の推移



【出典】 sucoyaca 「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」平成28年度から令和4年度

《参考》：地区別肥満の状況 ※集計条件：BMIが25以上の方の割合



【色の設定（偏差値）】



※「大田区キラリ☆健康調査」（令和3年実施）の有効回答数12,119人分の結果より（問8）。

※偏差値は18特別出張所で平均値50、標準偏差10になるように計算した数値です。

【出典】 大田区 令和4年度 人生100年を見据えた健康寿命延伸プロジェクト事業業務委託 報告書



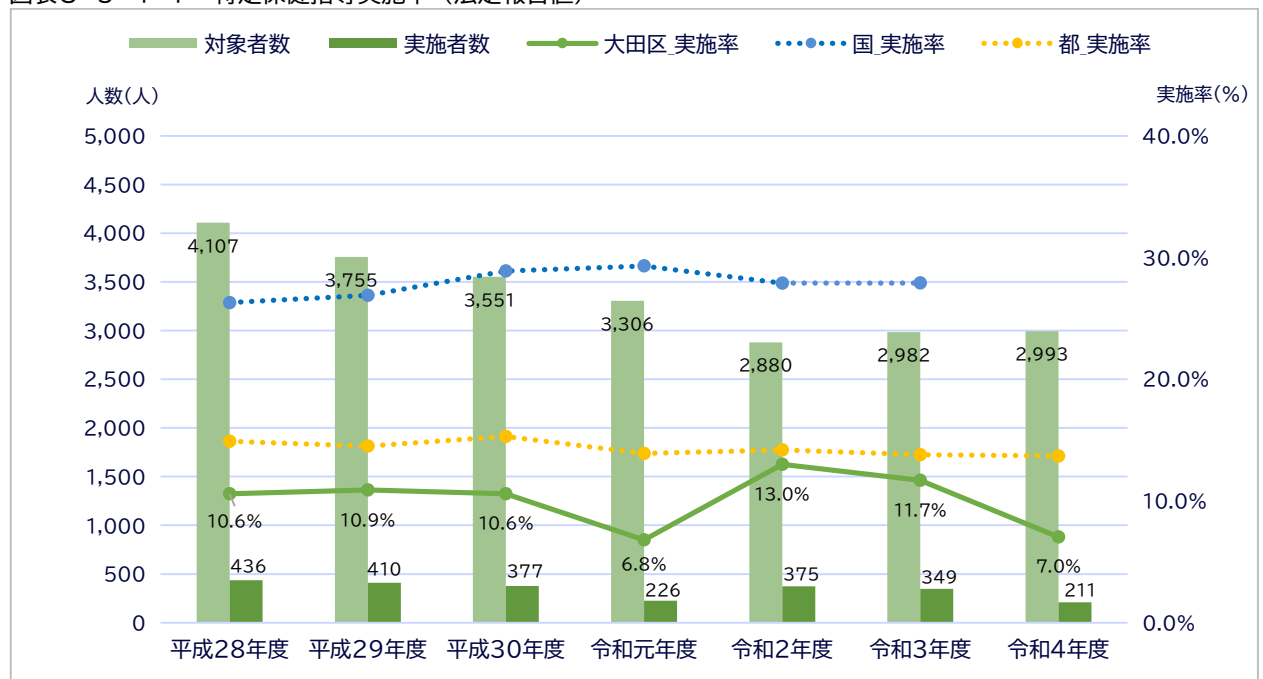
#### (4) 特定保健指導実施率

特定保健指導とは、「特定健康診査の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援」（厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイトより引用）である。特定保健指導実施率をみることで、前述のメタボ該当者とメタボ予備群該当者のうち、どの程度の特定保健指導の対象者に対して支援できているのかがわかる。

特定健診受診者のうち特定保健指導の対象者数は（図表3-5-4-1）、令和4年度では2,993人で、特定健診受診者29,712人中10.1%を占める。特定保健指導対象者のうち特定保健指導を終了した人は211人で、特定保健指導実施率は7.0%である。

実施率を経年で見ると、令和2年度と3年度では上昇したが令和4年度は低下している状況であり、国・都より低い水準で推移している。

図表3-5-4-1：特定保健指導実施率（法定報告値）



	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定保健指導実施率							
大田区	10.6%	10.9%	10.6%	6.8%	13.0%	11.7%	7.0%
国	26.3%	26.9%	28.9%	29.3%	27.9%	27.9%	-
都	14.9%	14.5%	15.3%	13.9%	14.2%	13.8%	13.7%

【出典】厚生労働省 2016年度から2021年度特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）

公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 平成28年度から令和3年度

※都の令和4年度の受診率は保険者別特定健診・特定保健指導実施結果から引用

※計画策定段階では、国の令和4年度実施率は未公表

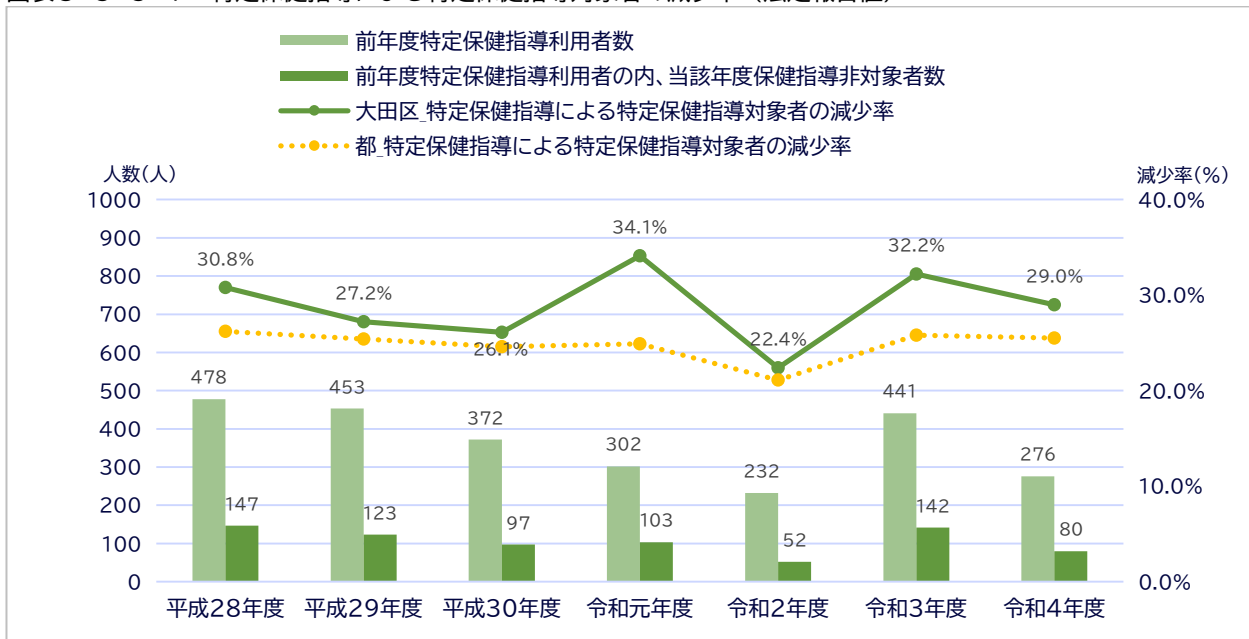
## (5) 特定保健指導対象者の減少率

特定保健指導による効果を把握するため、前年度の特定保健指導利用者の内、当該年度に特定保健指導の対象ではなくなったものを見る（図表3-5-5-1）。

令和4年度では前年度に特定保健指導を利用した人276人のうち当該年度に特定保健指導の対象ではなくなった人は80人で、特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は29.0%となっている。

経年推移をみると、平成28年度以降、常に都を上回っている。

図表3-5-5-1：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）



		平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少 (%)	大田区	30.8%	27.2%	26.1%	34.1%	22.4%	32.2%	29.0%
	都	26.2%	25.4%	24.6%	24.9%	21.1%	25.8%	25.5%

【出典】 sucoyaca 「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」 令和元年度から令和4年度

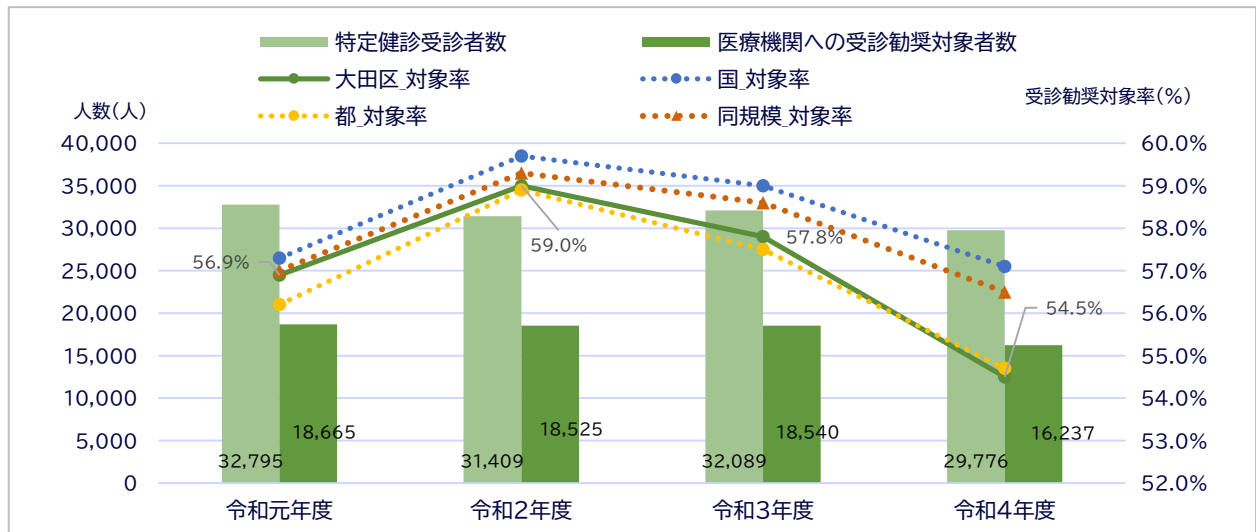
## (6) 受診勧奨対象者の状況

### ア 特定健診受診者における医療機関への受診勧奨対象者の割合

ここでは、特定健診受診者において、医療機関の受診を促す基準として設定されている受診勧奨判定値を超えるものの割合と、受診勧奨対象者がどの程度存在するのかをみる。

受診勧奨対象者の割合をみると（図表3-5-6-1）、令和4年度における受診勧奨対象者数は16,237人で、特定健診受診者の54.5%を占めている。該当者割合は、国・都より低く、令和元年度と比較すると2.4ポイント減少している。なお、図表3-5-6-1における受診勧奨対象者は一項目でも受診勧奨判定値以上の項目があった人を指している。

図表3-5-6-1：特定健診受診者における医療機関への受診勧奨対象者の割合



	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和元年度と令和4年度の受診勧奨対象者率の差	
特定健診受診者数 (人)	32,795	31,409	32,089	29,776	-	
医療機関への受診勧奨対象者数 (人)	18,665	18,525	18,540	16,237	-	
受診勧奨対象者率	大田区	56.9%	59.0%	57.8%	54.5%	-2.4
	国	57.5%	59.7%	59.0%	57.1%	-0.2
	都	56.2%	58.9%	57.5%	54.7%	-1.5
	同規模	57.0%	59.3%	58.6%	56.5%	-0.5

【出典】KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和元年度から令和4年度 累計

※この厚生労働省様式（様式5-5）は、法定報告値と集計要件が異なるため、対象者数や受診者数の数値が若干異なっている。

#### 参考：各健診項目における受診勧奨判定値

空腹時血糖	126mg/dL以上	中性脂肪	300mg/dL以上	AST	51U/L以上
HbA1c	6.5%以上	HDLコレステロール	34mg/dL以下	ALT	51U/L以上
随時血糖	126mg/dL以上	LDLコレステロール	140mg/dL以上	γ-GTP	101U/L以上
収縮期血圧	140mmHg以上	Non-HDLコレステロール	170mg/dL以上	eGFR	45ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満
拡張期血圧	90mmHg以上	ヘモグロビン	男性12.1g/dL未満、女性11.1g/dL未満		

※厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」に準拠

## イ 特定健診受診者における受診勧奨対象者の経年推移

血糖・血圧・脂質の受診勧奨対象者の経年推移を検査値ごとにみる（図表3-5-6-2）。

令和4年度において、血糖ではHbA1c6.5%以上の人は2,536人で特定健診受診者の8.5%を占めており、令和元年度と比較すると割合は減少している。

血圧では、Ⅰ度高血圧以上の人は6,998人で特定健診受診者の23.5%を占めており、令和元年度と比較すると割合は増加している。

脂質ではLDL-C140mg/dL以上の人は7,732人で特定健診受診者の26.0%を占めており、令和元年度と比較すると割合は減少している。

図表3-5-6-2：特定健診受診者における受診勧奨対象者（血糖・血圧・脂質）の経年推移

		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
		人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
特定健診受診者数		32,795	-	31,409	-	32,089	-	29,776	-
血糖 (HbA1c)	6.5%以上7.0%未満	1,427	4.4%	1,314	4.2%	1,290	4.0%	1,270	4.3%
	7.0%以上8.0%未満	1,076	3.3%	1,010	3.2%	1,009	3.1%	883	3.0%
	8.0%以上	480	1.5%	476	1.5%	453	1.4%	383	1.3%
	合計	2,983	9.1%	2,800	8.9%	2,752	8.6%	2,536	8.5%

		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
		人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
特定健診受診者数		32,795	-	31,409	-	32,089	-	29,776	-
血圧	Ⅰ度高血圧	5,823	17.8%	6,394	20.4%	6,243	19.5%	5,578	18.7%
	Ⅱ度高血圧	1,157	3.5%	1,344	4.3%	1,373	4.3%	1,171	3.9%
	Ⅲ度高血圧	245	0.7%	279	0.9%	305	1.0%	249	0.8%
	合計	7,225	22.0%	8,017	25.5%	7,921	24.7%	6,998	23.5%

		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
		人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
特定健診受診者数		32,795	-	31,409	-	32,089	-	29,776	-
脂質 (LDL-C)	140mg/dL以上160mg/dL未満	5,512	16.8%	5,159	16.4%	5,284	16.5%	4,546	15.3%
	160mg/dL以上180mg/dL未満	2,760	8.4%	2,696	8.6%	2,620	8.2%	2,042	6.9%
	180mg/dL以上	1,670	5.1%	1,586	5.0%	1,583	4.9%	1,144	3.8%
	合計	9,942	30.3%	9,441	30.1%	9,487	29.6%	7,732	26.0%

【出典】KDB帳票 KDBから令和4年度 累計

※この厚生労働省様式（様式5-5）は、法定報告値と集計要件が異なるため、対象者数や受診者数の数値が若干異なっている。

参考：Ⅰ度・Ⅱ度・Ⅲ度高血圧の定義

Ⅰ度高血圧	収縮期血圧140-159mmHg かつ/または 拡張期血圧90-99mmHg
Ⅱ度高血圧	収縮期血圧160-179mmHg かつ/または 拡張期血圧100-109mmHg
Ⅲ度高血圧	収縮期血圧180mmHg以上 かつ/または 拡張期血圧110mmHg以上

【出典】KDBシステム 各帳票等の項目に係る集計要件

## ウ 受診勧奨対象者における服薬状況

次に、血糖、血圧、脂質及び腎機能の受診勧奨対象者について、検査値ごとに健診受診年度のレセプトにおける服薬状況をみる（図表3-5-6-3）。受診勧奨対象者のうち、特に検査値が高い者は服薬による治療が必要な可能性があり、レセプトから服薬が確認されない場合、医療機関の受診を促す必要がある。

令和4年度の特定健診において、血糖がHbA1c7.0%以上であった1,266人の17.3%が、血圧がⅡ度高血圧以上であった1,420人の42.5%が、脂質がLDL-C160mg/dL以上であった3,186人の73.2%が服薬をしていない。

また、腎機能については、eGFR45ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満であった461人の13.4%が血糖や血圧などの薬剤の服薬をしていない。

血圧、脂質においてはハイリスク者のうち服薬なしの者の割合が特に高くなっている。

図表3-5-6-3：特定健診受診者における受診勧奨対象者（血糖・血圧・脂質）の服薬状況

血糖 (HbA1c)	該当者数 (人)	服薬なし_人数 (人)	服薬なし_割合
6.5%以上7.0%未満	1,270	519	40.9%
7.0%以上8.0%未満	883	175	19.8%
8.0%以上	383	44	11.5%
合計	2,536	738	29.1%

血圧	該当者数 (人)	服薬なし_人数 (人)	服薬なし_割合
I度高血圧	5,578	2,644	47.4%
Ⅱ度高血圧	1,171	520	44.4%
Ⅲ度高血圧	249	83	33.3%
合計	6,998	3,247	46.4%

脂質 (LDL-C)	該当者数 (人)	服薬なし_人数 (人)	服薬なし_割合
140mg/dL以上160mg/dL未満	4,546	3,608	79.4%
160mg/dL以上180mg/dL未満	2,042	1,584	77.6%
180mg/dL以上	1,144	748	65.4%
合計	7,732	5,940	76.8%

腎機能 (eGFR)	該当者数 (人)	服薬なし_人数 (人)	服薬なし_割合	服薬なしのうち、透析なし_人数 (人)	該当者のうち、服薬なし_透析なし_割合
30ml/分/1.73m <sup>2</sup> 以上 45ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満	374	50	13.4%	48	12.8%
15ml/分/1.73m <sup>2</sup> 以上 30ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満	56	9	16.1%	6	10.7%
15ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満	31	3	9.7%	3	9.7%
合計	461	62	13.4%	57	12.4%

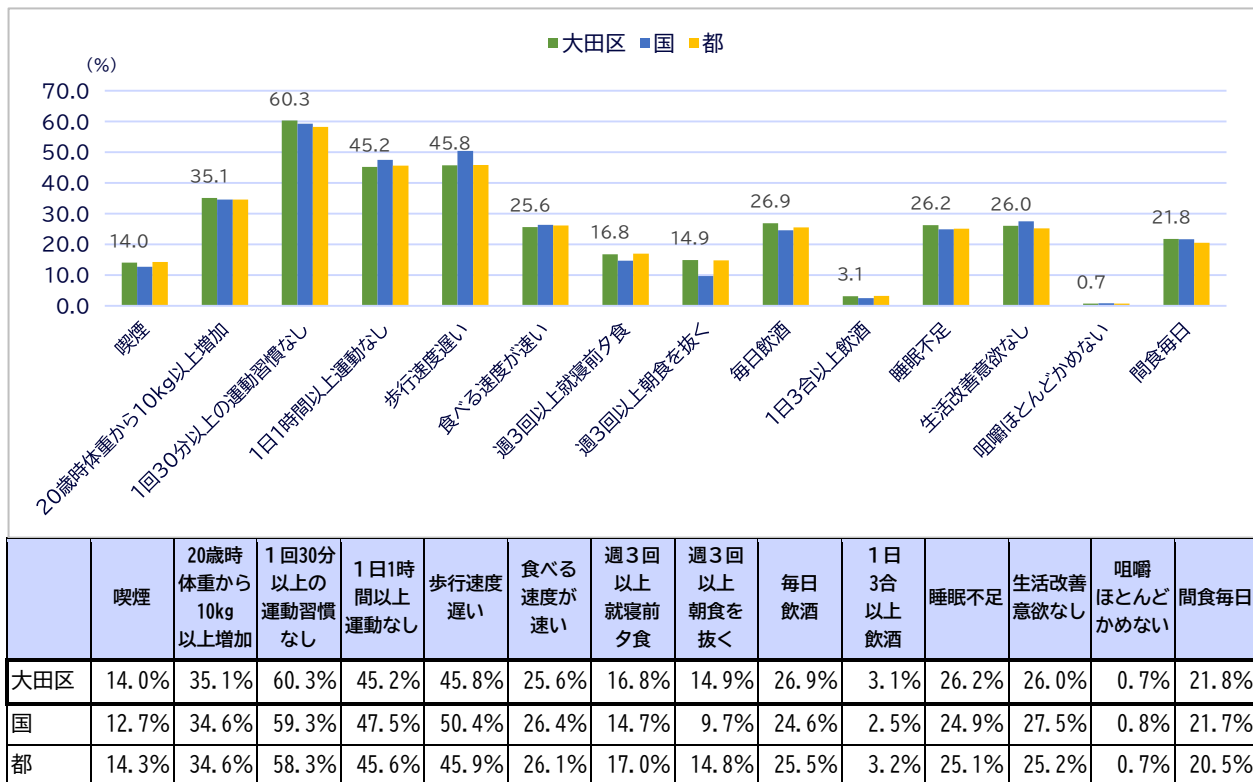
【出典】KDB帳票 S26\_005-保健指導対象者一覧（受診勧奨判定値の者） 令和4年度 累計

## (7) 質問票の状況

ここでは、特定健診での質問票の回答状況から、大田区の特定健診受診者における喫煙や運動習慣、食事、睡眠などの生活習慣における傾向を概観する。

令和4年度の特定健診受診者の質問票から生活習慣の状況をみると（図表3-5-7-1）、国や都と比較して「20歳時体重から10kg以上増加」「1回30分以上の運動習慣なし」「週3回以上朝食を抜く」「毎日飲酒」「睡眠不足」「間食毎日」の回答割合が高い。

図表3-5-7-1：特定健診受診者における質問票項目別回答者の割合



【出典】 KDB帳票 S21\_001-質問票調査の経年比較 令和4年度

## 6 高齢者の状況

本項では、高齢者の特性を踏まえた保健事業を検討するうえで、介護や医療に加え健康診査に係るデータを分析する。

### (1) 保険種別（国民健康保険及び後期高齢者医療制度）の被保険者構成

保険種別の被保険者構成をみると（図表3-6-1-1）、国民健康保険の加入者数は122,352人、加入率は16.7%で、国・都より低い。後期高齢者医療制度の加入者数は87,538人、加入率は12.0%で、国・都より低い。

図表3-6-1-1：保険種別の被保険者構成

	国保			後期高齢者		
	大田区	国	都	大田区	国	都
総人口	732,074	-	-	732,074	-	-
保険加入者数（人）	122,352	-	-	87,538	-	-
保険加入率	16.7%	19.7%	19.3%	12.0%	15.4%	12.2%

【出典】住民基本台帳 令和4年度

KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計（国保・後期）

### (2) 年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況

要介護（要支援）認定者における有病状況（図表3-6-2-1）を、65-74歳と75歳以上で比較すると、「心臓病」、「高血圧症」、「筋・骨格関連疾患」の有病割合の差が大きく、75歳以上が20ポイント以上高くなっている。

また、65-74歳では国より低かった有病割合が、75歳以上になると全ての疾病において国を上回っている。

図表3-6-2-1：年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況

疾病名	65-74歳			75歳以上		
	大田区	国	国との差	大田区	国	国との差
糖尿病	20.6%	21.6%	-1.0	25.2%	24.9%	0.3
高血圧症	33.3%	35.3%	-2.0	56.9%	56.3%	0.6
脂質異常症	21.9%	24.2%	-2.3	34.6%	34.1%	0.5
心臓病	38.7%	40.1%	-1.4	64.8%	63.6%	1.2
脳血管疾患	18.7%	19.7%	-1.0	23.4%	23.1%	0.3
筋・骨格関連疾患	34.6%	35.9%	-1.3	58.1%	56.4%	1.7
精神疾患	25.0%	25.5%	-0.5	42.3%	38.7%	3.6

【出典】KDB帳票 S25\_006-医療・介護の突合（有病状況） 令和4年度 年次



### (3) 保険種別の医療費の状況

#### ア 保険種別の一人当たり医療費と入院医療費の割合

国保及び後期高齢者の一人当たり年額医療費を比較すると（図表3-6-3-1）、入院医療費は後期高齢者が国保より324,720円高く3.4倍、外来医療費も後期高齢者が国保より2.2倍高くなっている。

さらに後期高齢者の年額医療費を国と比較すると、入院・外来ともに国よりも高く、外来は63,720円国を上回っている。また、総医療費に占める入院医療費の割合も、後期は国保より10ポイント以上高い。

図表3-6-3-1：保険種別の一人当たり年額医療費及び入院医療費の割合

	国保			後期高齢者		
	大田区	国	国との差	大田区	国	国との差
入院_一人当たり医療費（円）	135,480	139,800	-4,320	460,200	441,840	18,360
外来_一人当たり医療費（円）	219,600	208,800	10,800	475,800	412,080	63,720
総医療費に占める入院医療費の割合	38.2%	40.1%	-1.9	49.2%	51.7%	-2.5

【出典】KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計（国保・後期）

#### イ 保険種別の医療費の疾病別構成

保険種別に医療費の疾病別構成割合をみると（図表3-6-3-2）、国保では「がん」の医療費が占める割合が最も高く、医療費の16.3%を占めており、国と比べて0.5ポイント低い。

後期高齢者では「筋・骨格関連疾患」の医療費が占める割合が最も高く、医療費の12.2%を占めており、国と比べて0.2ポイント低い。

生活習慣病における重篤な疾患の医療費に焦点をあてて疾病別の構成割合をみると「脳梗塞」「狭心症」において国保より後期高齢者の方が高い割合となっている。

図表3-6-3-2：保険種別医療費の状況

疾病名	国保			後期高齢者		
	大田区	国	国との差	大田区	国	国との差
糖尿病	4.7%	5.4%	-0.7	3.9%	4.1%	-0.2
高血圧症	2.6%	3.1%	-0.5	2.9%	3.0%	-0.1
脂質異常症	2.1%	2.1%	0.0	1.6%	1.4%	0.2
高尿酸血症	0.0%	0.0%	0.0	0.0%	0.0%	0.0
脂肪肝	0.1%	0.1%	0.0	0.0%	0.0%	0.0
動脈硬化症	0.1%	0.1%	0.0	0.1%	0.2%	-0.1
がん	16.3%	16.8%	-0.5	11.3%	11.2%	0.1
脳出血	0.6%	0.7%	-0.1	0.6%	0.7%	-0.1
脳梗塞	1.2%	1.4%	-0.2	2.4%	3.2%	-0.8
狭心症	1.3%	1.1%	0.2	1.8%	1.3%	0.5
心筋梗塞	0.3%	0.3%	0.0	0.3%	0.3%	0.0
慢性腎臓病（透析あり）	5.2%	4.4%	0.8	4.0%	4.6%	-0.6
慢性腎臓病（透析なし）	0.3%	0.3%	0.0	0.4%	0.5%	-0.1
精神疾患	7.0%	7.9%	-0.9	2.7%	3.6%	-0.9
筋・骨格関連疾患	8.8%	8.7%	0.1	12.2%	12.4%	-0.2

【出典】KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計（国保・後期）

※ここでは、総医療費に占める各疾病の医療費の割合を集計している

#### (4) 後期高齢者の健診受診状況

健診受診の状況（図表3-6-4-1）をみると、後期高齢者の健診受診率は37.8%で、国と比べて13ポイント高い。続いて、健診受診者に占める受診勧奨対象者の割合をみると、後期高齢者の受診勧奨対象者率は59.9%で、国と比べて1.0ポイント低い。また、検査項目ごとの健診受診者に占める有所見者の割合を国と比べると、後期高齢者では脂質の割合がやや高くなっている。

図表3-6-4-1：後期高齢者の健診状況

		後期高齢者		
		大田区	国	国との差
健診受診率		37.8%	24.8%	13.0
受診勧奨対象者率		59.9%	60.9%	-1.0
有所見者の状況	血糖	5.7%	5.7%	0.0
	血圧	22.2%	24.3%	-2.1
	脂質	12%	10.8%	1.2
	血糖・血圧	3.0%	3.1%	-0.1
	血糖・脂質	1.3%	1.3%	0.0
	血圧・脂質	6.5%	6.9%	-0.4
	血糖・血圧・脂質	0.8%	0.8%	0.0

【出典】KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計（後期）

参考：健診項目における受診勧奨判定値

空腹時血糖	126mg/dL以上	収縮期血圧	140mmHg以上	中性脂肪	300mg/dL以上	LDLコレステロール	140mg/dL以上
HbA1c	6.5%以上	拡張期血圧	90mmHg以上	HDLコレステロール	34mg/dL以下		

【出典】KDBシステム 各帳票等の項目にかかる集計要件

## (5) 後期高齢者の健診における質問票の回答状況

後期高齢者の健診で記入する質問票は、フレイルなど高齢者の特性を踏まえた健康状態の把握を目的としている。

回答状況を見ると(図表3-6-5-1)、国と比べて、「1日3食「食べていない」」「お茶や汁物等で「むせることがある」」「以前に比べて「歩行速度が遅くなったと思う」」「体調が悪いときに、身近に相談できる人が「いない」」の回答割合が特に高い。

図表3-6-5-1：後期高齢者における質問票の回答状況

カテゴリ	項目・回答	回答割合		
		大田区	国	国との差
健康状態	健康状態が「よくない」	1.0%	1.1%	-0.1
心の健康	毎日の生活に「不満」	1.4%	1.1%	0.3
食習慣	1日3食「食べていない」	8.3%	5.4%	2.9
口腔・嚥下	半年前に比べて硬いものが「食べにくくなった」	27.8%	27.7%	0.1
	お茶や汁物等で「むせることがある」	22.3%	20.9%	1.4
体重変化	6か月間で2～3kg以上の体重減少が「あった」	12.3%	11.7%	0.6
運動・転倒	以前に比べて「歩行速度が遅くなったと思う」	63.7%	59.1%	4.6
	この1年間に「転倒したことがある」	18.2%	18.1%	0.1
	ウォーキング等の運動を「週に1回以上していない」	35.7%	37.1%	-1.4
認知	周囲の人から「物忘れがあると言われたことがある」	16.1%	16.2%	-0.1
	今日が何月何日かわからない日が「ある」	25.3%	24.8%	0.5
喫煙	たばこを「吸っている」	5.7%	4.8%	0.9
社会参加	週に1回以上外出して「いない」	9.4%	9.4%	0.0
	ふだんから家族や友人との付き合いが「ない」	6.4%	5.6%	0.8
ソーシャルサポート	体調が悪いときに、身近に相談できる人が「いない」	5.9%	4.9%	1.0

【出典】KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計(後期)

## 第4章 保健事業の内容

本計画の策定にあたり、大田区では「健康寿命の延伸、医療費適正化」を最終到達点として目的に掲げる。本章では、区の現状や被保険者の健康・医療情報についての分析をまとめ、課題を整理する。さらに健康課題解決に向けた計画全体の目標を設定し、効果や進捗をモニタリングする指標により、目標達成を目指す。

## 目的：健康寿命の延伸・医療費の適正化

分析のまとめ	
健康寿命・死因・介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆平均余命と平均自立期間は男女ともに都より短い。(P7)</li> <li>◆生活習慣病に起因する重症化疾患のSMR(標準化死亡比)は、男女ともに虚血性心疾患が国より高い。(P26)</li> <li>◆要介護・要支援認定者の有病割合は、心臓病が最も高く約6割を占め、国・都より高い。続いて高血圧症が高い。(P28) また、75歳以上になると心臓病、高血圧症、筋・骨格関連疾患が20ポイント以上増え、大きな差がでている。(P61)</li> </ul>
生活習慣病重症化	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆疾病大分類別入院医療費では、循環器系の疾患が最も高く、全体(入院+外来)の標準化医療費は国より高くなっている。(P31-P34)</li> <li>◆全体の医療費割合では、慢性腎臓病(透析あり)と糖尿病が1位・2位を占める状況が続いている。(P33)</li> <li>◆高血圧や糖尿病等基礎疾患の外来受診率は国と比較して低いが、虚血性心疾患と慢性腎臓病(透析あり)の入院受診率は国より高い。(P37)</li> <li>◆透析患者の起因をみると、糖尿病性腎症(Ⅱ型糖尿病)が約7割を占めている。(P39)</li> <li>◆高額レセプトの状況では、腎不全が最上位である。(P42)</li> </ul>
生活習慣病	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆外来医療費では生活習慣病基礎疾患が上位を占め、1位糖尿病、3位高血圧症、4位脂質異常症となっている。(P32)</li> <li>◆生活習慣病保有率が23区で2番目に高い。(P36)</li> <li>◆歯科受診歴の有無別で糖尿病患者の一人当たり医療費を比較すると、歯科受診歴が無い方の医療費が高く、60歳以上では金額差がさらに広がっている。(P40)</li> <li>◆歯周病の状態において、軽症より重症の方が糖尿病患者の一人当たり医療費が高い。(P40)</li> </ul>
医療費	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆一人当たり入院医療費は23区で1番高い。(P30)</li> <li>◆一人当たり外来医療費は23区で2番目に高い。(P30)</li> <li>◆一人当たり歯科医療費は23区で1番高い。(P30)</li> <li>◆一人当たり調剤費は23区で1番高い。(P30)</li> <li>◆後期高齢者の一人当たり入院医療費は国保の3.4倍、外来医療費は国保の2.2倍。(P62)</li> </ul>
調剤	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆重複服薬・多剤服薬の該当者を4年間の推移でみると、月によって増減はあるがともに増加傾向にある。(P44-P45)</li> <li>◆後発医薬品の普及率は77.5%で、国の目標値80%には達していない(P46)</li> <li>◆後発医薬品年齢階層別普及率では、数量・金額ベースともに5歳から14歳までの層が最も低い。(P46-P47)</li> </ul>
特定健診の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆受診率は38%で上昇傾向だが、特別区平均より低い。(P48-P50)</li> <li>◆受診率が一番低い年齢層は40~44歳代。(P49)</li> <li>◆未受診かつ生活習慣病未受診者の割合は25.3%(P51)</li> <li>◆未受診者は受診者より医療費が高い(入院6倍、外来4倍)(p43-P51)</li> <li>◆質問票では、主に運動習慣・飲酒・睡眠の項目が国・都より悪い傾向が見受けられる。(P60)</li> </ul>
生活習慣病予備群	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆腹囲、心電図、空腹時血糖、尿酸の有所見者の割合はいずれも国・都より高い。(P52)</li> <li>◆メタボ該当者は都より多く、微増傾向。(P53-P54)</li> <li>◆医療機関受診勧奨者のうち、血圧・脂質における「服薬なし」者の割合が特に高い(血糖29.1%、高血圧46.4%、脂質(LDL)76.8%)(P59)</li> </ul>

健康課題と考察	
生活習慣病予防・重症化予防	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 死因や要介護・要支援の有病割合について、心疾患が大きく影響しており、入院医療費も循環器系の疾患が高い。これは、生活習慣病の基礎疾患受診率が低く未治療者も多いため、重症化してから受診行動を起こしていることも一因と考えられる。生活習慣病の基礎疾患は自覚症状が乏しく、重症化する前に医療につなげる必要がある。</li> <li>◎ 医療費が高額となっている慢性腎臓病(透析あり)は、Ⅱ型糖尿病の要因が大きいため、早期に介入することで透析導入を予防することが重要。早期介入に加え、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを基盤に中長期的な取組が必要である。</li> <li>○ 糖尿病で歯科を受診していない状況は、歯周病との因果関係から糖尿病コントロール不良の要因となっている可能性がある。また、歯周病が悪化するほど糖尿病の医療費が高くなる傾向のため、歯科受診を促し、糖尿病の疾病管理に結び付けていく。</li> <li>◎ 高血圧は虚血性心疾患のみならず、不整脈や心不全、脳血管疾患や腎不全など重篤な疾患の大きな要因となっている。医療費が高額になるだけでなく、健康寿命にも大きな影響を与えるため、適切な疾病管理ができるよう介入が必要である。</li> </ul>
服薬適正化	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 重複・多剤服薬者は減少していない。調剤費への影響のみでなく、健康上に問題が生じる場合がある。被保険者の意識改善や知識の向上が重要であり、薬剤師や医師会と連携し引き続き適正服薬を推進していく。</li> <li>◎ 後発医薬品の普及率は国の目標値に近付きつつあるが、利用促進の取組を継続し、医療費適正化の推進に寄与していく。</li> <li>○ こども医療費助成対象のうち5歳から14歳の後発医薬品普及率が特に低いため、主に義務教育世代にむけた対策検討が必要。</li> </ul>
特定健診・早期発見	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 受診率は特別区平均より低く医療機関未受診の者が25%以上いるため、健康状態が不明で必要な対策ができない。受診率の向上は喫緊の課題である。</li> <li>○ 若年層の受診率が低いため、早期から健診の必要性について周知啓発することで全体の受診率を底上げしていく。</li> <li>○ 地域包括ケア事業に係る高齢者への施策検討に向け、前期高齢者の健診受診率を向上させ健康状態を把握する必要がある。</li> </ul>
特定保健指導	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ メタボ該当者が多いことは、質問票結果より運動不足や睡眠不足、飲酒過多などの生活習慣の状況が関連していると考えられる。生活習慣改善に向け早期に介入し、虚血性心疾患や脳血管疾患などの動脈硬化性疾患を未然に防ぐ必要がある。</li> <li>◎ 改善が確実に見込めるよう、アウトカムにフォーカスした支援内容が求められる。</li> </ul>
健康づくり	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 生活習慣改善の取組が必要。健康ポイント事業を活用し被保険者の健康意識を向上させていく。</li> </ul>

◎は優先度の高い健康課題

計画全体の目標	計画全体の評価指標	指標の定義	計画策定時	目標値					
			実績	2024	2025	2026	2027	2028	2029
			2022	(R6)	(R7)	(R8)	(R9)	(R10)	(R11)
生活習慣病重症化の予防	生活習慣病に関連する死因別割合	厚生労働省人口動態調査	虚血性心疾患 6.6%(R3)			7.0%			6.4%
			脳血管疾患 1.9%(R3)			6.0%			5.4%
			腎不全			1.6%			1.3%
生活習慣病重症化の予防	HbA1c8.0%以上の割合(特定健診受診者)	特定健診受診者でHbA1cの検査結果がある者のうち、値が8.0%以上の者の割合【KDB帳票「集計対象者一覧」】	1.3%			1.2%			1.1%
	高血圧者の割合	特定健診受診者で①、②のいずれかを満たす者の割合 ①収縮期血圧≧140mmHg ②拡張期血圧≧90mmHg【KDB帳票「集計対象者一覧」】	23.5%			減少			減少
生活習慣の改善	メタボ・メタボ予備軍の該当者割合*	特定健診受診者でメタボ・メタボ予備軍の基準を満たす者の割合【法定報告値】	メタボ: 21.3% 予備群: 10.8%			メタボ: 20.0% 予備群: 10.2%			メタボ: 18.0% 予備群: 9.6%
	特定健診質問票項目の該当者割合*	特定健診受診者のうち、質問項目⑧、⑩、⑬、⑮、⑰、⑱、⑳の該当者割合【法定報告値】	(R4実績) ⑧喫煙率: 14.0% ⑩1日1時間以上運動なし: 45.2% ⑬咀嚼かみにくい: 20.7% ほとんどかめない: 0.7% ⑮週3回以上就寝前夕食: 16.8% ⑰週3回以上朝食を抜く: 14.9% ⑱飲酒量 男2合以上: 23.3% 女1合以上: 24.1% ⑳睡眠不足: 27.4% ㉑生活習慣の改善意欲がある者の割合: 73.5%						各項目において、毎年改善
医療費適正化の推進	生活習慣病医療費の標準化比※	<入院+外来男女別>【KDB帳票「疾病別医療費分析」の(大分類)(細小分類)を国立保健医療科学院のツールにて算出】	循環器系の疾患 男:119.7 女:110.2			男:110.0 女:108.0			男:105.0 女:105.0
		内分泌、栄養及び代謝疾患	男:101.0 女:97.3			男:100.0 女:96.0			男:98.0 女:95.0
		慢性腎臓病(透析あり)	男:132.8 女:100.2			男:125.0 女:100.0			男:120.0 女:98.0
QOL(生活の質)の維持・向上	一人当たり調剤費(年額)	国民健康保険事業状況報告書の値 ※薬価は上がる傾向のため、実質調剤費を抑えたい	75,805円			75,000円(上昇を抑制)			75,000円(上昇を抑制)
	平均自立期間*	要介護2になるまでの期間【KDB帳票「地域の全体像の把握」】	男:79.5歳 女:84.3歳			男:80.0歳 女:84.6歳			男:80.5歳 女:84.8歳
	生活習慣病の保有率	【KDB帳票「同規模保険者比較」(年度累計)】	35.6%			33.2%			30.7%

\*は東京都の共通評価指標項目  
※ 医療費の標準化比…自治体ごとの年齢別人口構成の違い(年齢や人口による影響)を補正し、年齢調整したうえで算出される医療費の指数



## 第5章 個別保健事業

第5章では、データヘルス計画の主軸である個別保健事業の実施計画を掲載する。  
ここでは、第4章で考察した健康課題に対応する保健事業を軸に、計画目標の達成に向けた道筋として、各事業の評価指標や計画全体の評価指標を短期・中期・長期で整理した。



凡例  
\*東京都 共通評価指標項目  
計画全体の評価指標

目的…健康寿命の延伸・医療費の適正化

# 1 保健事業の整理

## (1) 特定健康診査（人間ドック受診助成含む）

事業の目的		生活習慣病に着目した健診を行い、予防・早期発見・早期利用により急激な重症化を緩和しQOLの向上へ繋げる。								
事業の概要		対象者へ5月下旬に受診票を発送。区内の契約医療機関にて6月から翌年3月31日まで健診を実施。								
対象者		40歳から74歳までの大田区国民健康保険被保険者（※妊産婦、長期入院等一部除外対象あり）								
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					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	1	【長期】生活習慣の改善意欲がある人の割合	標準的な質問票項目21で「②改善するつもりである（概ね6か月以内） ③近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ⑤既に改善に取り組んでいる（6か月以上）」と回答した者の数/質問票総回答者数（法定報告値）	73.5% (R4)	74.0%	74.5%	75.0%	75.5%	76.0%	76.5%
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					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	1	【短期】健診受診率	特定健診受診者数/特定健診対象者数	38.0% (R4)	39.0%	39.2%	39.4%	39.6%	39.8%	40.0%
	2	【短期】人間ドック受診助成件数	助成件数を経年比較	850件 (R4)	1,100件	1,100件	1,100件	1,100件	1,100件	1,100件
プロセス	周知		【特定健診】 区報、区ホームページ、国保小冊子（おたの国保）、統合ポスター、区設掲示板（国保ポスター）デジタルサイネージ 【人間ドック受診助成】 区報、区ホームページ、国保小冊子（おたの国保）、一部医療機関へのポスター掲示、案内チラシ配布							
	勧奨		【特定健診】 委託により、人工知能を活用した未受診者勧奨を実施。人工知能の分析により、勧奨対象者の優先順位付け及び、個人の特性に応じた異なるデザインの勧奨はがきの送り分けを行う。							
	実施及び実施後の支援	実施形態	【特定健診】 区医師会への委託契約により個別健診を実施。 【人間ドック受診助成】 利用者の申請方式：人間ドック等を自費で受診後、領収書・受診結果を提出することで指定の口座に上限額8,400円を助成する。 医療機関協定方式：一部の医療機関との協定により、受診費用から助成額8,400円を差し引いた金額での受診を可能とする。							
		実施場所	【特定健診】 区内健診実施医療機関（令和5年度時点で約280か所） 【人間ドック受診助成】 特定健診の検査項目を含む人間ドックであれば、国内どこの医療機関でも可。個別協定による区内の一部医療機関。							
		時期・期間	【特定健診】 5月下旬に対象者へ受診票を発送。受診期間は6月から翌年3月末まで。 【人間ドック受診助成】 通年申請可							
		データ取得	【特定健診】 勤め先等で受診した健診結果データを提供いただくことで、特定健診とみなすことが可能。（事業者健診） 【人間ドック受診助成】 個別協定の医療機関からは、XML形式の受診者データを取得。							
		結果提供	【特定健診】 検査結果及び判定結果等の説明を、健診当日または後日再来院のうえ実施。その際に検査項目の詳しい内容が記載された冊子を使用し、受診者にわかりやすく説明する。再来院が困難な場合は簡易書留で送付する。							
		その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	受診率向上施策については、勧奨はがきの送付以外も含め、年度ごとに検討する。							
	庁内担当部署		国保年金課 健康づくり課							
	保健医療関係団体		【特定健診】 区医師会と契約し、契約医療機関で受診。健診委員会（医師会）で運営や受診勧奨について意見照会及び協議している。 【人間ドック受診助成】 区内の一部医療機関との協定により、受診費用から助成額を直接控除する体制の構築。健診委員会（医師会）から事業実施に係る助言。							
国保連合会		受診勧奨については、保健事業支援・評価委員会からの助言 周知啓発用ポスターの配布								
民間事業者		【特定健診】 受診勧奨委託事業者								
その他の組織		-								
他事業		健康づくり課所管のがん検診との同時受診								
その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）		【人間ドック受診助成】 今後の目標として、区の特設保健指導を実施している個別医療機関と協定を結び、人間ドック受診と特定保健指導をノンストップ利用（最短利用）で行い、利用者の利便性向上と受診率・利用率の向上を目指す。								

## (2) 早期介入保健事業

事業の目的		早期の健康診査や医療機関受診に連携することで若年層の未病の掘り起し、意識改善を図り、40歳以降も特定健診の継続受診に繋げる。								
事業の概要		【簡易血液検査キット送付事業】10月末に対象者へ案内状を送付し、11月から12月20日前後を申込期間。申込者が自己負担1,500円を委託事業者へ支払後に検査キットを送付。申込者は血液採取後に返送し、後日、専用サイトにて検査結果が還元される。								
対象者		毎年10月1日現在被保険者のうち、年度末3月31日現在38歳及び39歳の者								
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					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	1	40歳から44歳代の特定健診受診率	法定報告値	19.9% (R4)	20.5%	20.7%	20.9%	21.1%	21.3%	21.5%
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					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	1	申込割合	申込者数/上限数	90% (R4)	95%	95%	100%	100%	100%	100%
プロセス	周知	対象者への案内状の送付、X(旧Twitter)にて事業周知。								
	勧奨	未申請の対象者へ再勧奨通知を送付する。(必要な場合のみ実施)								
	実施及び実施後の支援	委託事業者の申込フォーマット及び簡易血液検査キットにて事業を実施。検査の結果、C、D判定者(要経過観察以上の方)には医療専門職による助言を検討している。								
	その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)	40歳以降も継続的に健診受診してもらえるよう、案内状に特定健診に係る内容を併記している。								
ストラクチャー	庁内担当部署	国保年金課								
	保健医療関係団体	事業実施について区医師会へ情報提供している。								
	国保連合会	保健事業支援・評価委員会からの助言								
	民間事業者	委託事業者								
	その他の組織	-								
	他事業	健康づくり課所管の39歳以下基本健診についても案内し、若年世代への健診機会について周知している。								
	その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)	若年層の意識改善及び40歳から44歳代の特定健診受診率向上につながっているか効果検証を継続し必要な検討を行う。								



### (3) 特定保健指導

事業の目的		メタボリックシンドロームに着目した指導・支援を実施し、生活習慣病の予防を図るとともに対象者自身が自らの健康状態を意識し、健康的な生活を送るための自主的な取組を継続的に行うことができるよう後押しすること。								
事業の概要		国の指針(特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針)及び手引き(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)に基づいた保健指導を、事業者委託及び区内の一部医療機関委託により実施する。								
対象者		大田区特定健診、人間ドック受診助成を利用された方のうち、特定保健指導基準該当者(積極的支援・動機付け支援)								
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					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	1	【短期】 特定保健指導対象者の減少率 (前年度比)	法定報告値	19.9% (R4)	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%
	2	【中期】 メタボ該当者割合 (予備群含む)	法定報告値	32.1% (R4)	31.5%	31.0%	30.5%	30.0%	29.5%	29.0%
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					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	1	【短期】 実施率(終了率)	法定報告値	7.0% (R4)	15.0%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%
プロセス	周知		原則、該当者となった方には利用券を送付し参加案内をする。(※一部の医療機関で特定健診を受診し、該当者となった場合は、利用券は送付せずその場で特定保健指導について参加案内を行う。)区ホームページ、特定健診受診票の同封チラシによる周知。							
	勸奨		【事業者委託】 利用券を送付しても参加されない方へ、電話やパンフレット送付による勸奨を実施。特に、重症域の方には専門職による電話勸奨及び医療機関への受診も案内する。 【医療機関委託】 健診結果説明時などに、保健指導該当者にはパンフレットを使用するなどし、参加を勧める。また、利用者が実施予定日に連絡なく欠席をした場合等、電話またはメールによる勸奨を2回以上実施する。							
	実施及び実施後の支援	初回面接	事業者委託による実施の場合、健診受診から国保連合会システムで健診結果データの階層化判定まで4か月ほどかかり、初回面接までに5か月以上かかっている。この状況の打開策として、医療機関での実施により、健診当日または1か月以内の健診結果返しの際に初回面接を実施している。							
		実施場所	【事業者委託】 区内7か所の公共施設 【医療機関委託】 各医療機関							
		実施内容	厚生労働省が定める第4期特定保健指導の内容及び、委託先と調整のもと実施							
		時期・期間	【事業者委託】 8月から翌年度2月まで 【医療機関委託】 6月から翌年度9月まで							
その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)		区のDX推進と被保険者の利便性の観点から、ICTによる有効的な保健指導の遠隔実施について推進していきたい考え。								
ストラクチャー	庁内担当部署		【事業者委託】 健康づくり課に執行委任 【医療機関委託】 国保年金課							
	保健医療関係団体		特定健診を委託する区医師会							
	国保連合会		保健事業支援・評価委員会からの助言等 特定保健指導の実施やシステム管理に係る問い合わせ等							
	民間事業者		国の委託基準(「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第16条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者」)に基づき、プロポーザル方式により委託事業者を決定する。							
	その他の組織		-							
	他事業		人間ドック受診助成の個別協定による医療機関実施から、特定保健指導までノンストップでの実施を検討している。							
	その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)		-							

#### (4) 糖尿病性腎症重症化予防保健指導

事業の目的		高額医療費の要因である糖尿病性腎症重症化を予防する。								
事業の概要		糖尿病の治療中で腎機能が低下している対象者に参加を募り、管理栄養士等がかかりつけ医と連携しながら約6か月間の保健指導を行う。さらに、終了後もフォローアップを行い、保健指導後の状況確認と改善に向けた生活習慣の定着を図る。								
対象者	選定方法		糖尿病で通院中かつ腎機能が低下している者							
	選定基準	健診結果による判定基準	健診受診者のうち、空腹時血糖126mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上、かつ、eGFR30～60ml/min/1.73m <sup>2</sup> 又は尿たんぱく±以上							
		レセプトによる判定基準	生活習慣病を起因とした糖尿病が主病の者							
		その他の判定基準	医師が必要と認めた者							
	除外基準		がん、精神疾患、難病、認知症、糖尿病透析予防指導管理料算定あり、内シャント設置術あり							
重点対象者の基準		-								
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					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	1	【短期】 保健指導実施者におけるHbA1c改善率	保健指導実施前後のHbA1c改善者の割合	76.2% (R4)	77%	77%	78%	78%	79%	80%
	2	【短期】 保健指導実施者におけるeGFR改善率	保健指導実施前後のeGFR改善者の割合	30% (ベースライン)	30%	34%	38%	42%	46%	50%
3	【中長期】 事業参加者における透析移行者数	過去の事業参加者のうち当該年度の人工透析移行者の数	0人 (ベースライン)	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
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					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	1	保健指導実施者数	保健指導を実施した人数	19人 (R5)	40人	40人	40人	40人	40人	40人
2	フォローアップ実施人数	フォローアップを実施した人数	19人 (ベースライン)	40人	42人	44人	46人	48人	50人	
プロセス	周知		区のホームページと区報にて周知。 区内の糖尿病性腎症重症化予防プログラム協力医療機関へ事業周知用のポスターを配布・掲示。							
	勧奨		対象者には勧奨通知にて参加勧奨を行う。							
	実施及び実施後の支援	参加申込	参加希望者は参加同意書をかかりつけ医へ提出。かかりつけ医は参加同意書と指示書兼推薦書を区へ提出。							
		実施内容	区内の保健指導実施協力医療機関の保健師や管理栄養士が月1回、全6回の個別面談にて保健指導を実施。							
		時期・期間	2期に分けて各期6か月間の実施（1期：6月～11月、2期：8月～翌年1月）。							
		場所	保健指導実施協力医療機関内。							
		実施後の評価	最終支援終了後に保健指導実施協力医療機関から提出される報告書にて、生活習慣改善状況や検査値推移を確認。							
		実施後のフォロー-	最終指導から6か月後を目安に、生活状況確認のためのフォローアップを1回行う。							
その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）		<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医への患者推薦を促すための必要な対策を検討する。</li> <li>・保健指導実施者数を増やすため、電話による勧奨やインセンティブの提示などを検討する。</li> <li>・過去の事業参加者の生活状況の確認・定着を図るため、定期的なフォローアップの実施を検討する。</li> </ul>								
ストラクチャー	庁内担当部署		国保年金課							
	保健医療関係団体		<b>【医師会】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・年度初めに事業の説明・周知を行う。</li> </ul> <b>【医師会推薦の専門医等により構成する検討会】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者は検討会委員による選定会を経て決定する。</li> <li>・事業参加者数や効果検証結果に関しては検討会委員と共有し、その後の事業運営に活かす体制とする。</li> </ul> <b>【かかりつけ専門医】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ専門医への患者推薦をお願いする。</li> <li>・保健指導実施協力医療機関と指導内容を共有し、必要な助言をいただく。</li> </ul> <b>【保健指導実施協力医療機関】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者への保健指導をお願いする。</li> <li>・保健指導実施後はかかりつけ医へ指導内容を共有し、併せて区へも指導内容等の報告をしていただく。</li> </ul>							
	国保連合会		保健事業支援・評価委員会からの助言。							
	民間事業者		委託事業者にて特定健診結果やレセプトから対象者を抽出する。							
	その他の組織		-							
	他事業		-							
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）		指示書を得られる区内かかりつけ専門医を増やすことが実施率を上げるためには重要（協力医療機関数の増加）。							

## (5) 医療機関受診勧奨

事業の目的		糖尿病をはじめとした生活習慣病の重症化を予防する。								
事業の概要		糖尿病罹患患者または糖尿病のリスク保有者を抽出し、医療機関への受診勧奨を行う。								
対象者	選定方法		糖尿病治療中断者及び特定健診結果異常値放置者							
	選定基準	健診結果による判定基準	【治療中断者】HbA1c6.5%以上 【異常値放置者】HbA1c6.5以上 または 空腹時血糖126mg/dl以上							
		レセプトによる判定基準	【治療中断者】前年度糖尿病の検査または糖尿病薬の処方があるが、当該年度にない者 【異常値放置者】前年度および当該年度に糖尿病の検査または糖尿病薬の処方がない者							
		その他の判定基準	-							
	除外基準		がんの受診歴がある者、認知機能障害がある者、精神疾患を有する者、人工透析中の者							
	重点対象者の基準		HbA1c7.0%以上、尿蛋白(±)以上							
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					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	1	【短期】 勧奨者のうちHbA1c8.0%以上の人の割合	勧奨者の翌年度の健診におけるHbA1c8.0%以上の人の割合	4.3% (R3)	4.0% (R4実績)	3.8% (R5実績)	3.6% (R6実績)	3.4% (R7実績)	3.2% (R8実績)	3.0% (R9実績)
	2	【短期】 勧奨者の受診率	通知発送後6か月以内のレセプトで受診有の者の割合	10.2% (R4)	11%	12%	14%	16%	18%	20%
3	【中期】 特定健診受診者の糖尿病未治療者の割合	HbA1cが受診勧奨値以上で服薬なしの割合	29.1% (R4)	29%	28%	27%	26%	25%	24%	
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					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
1	受診勧奨者率	当該年度の対象者に通知を勧奨した割合	100% (R4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス	周知		区のホームページ及び国保小冊子「おおたの国保」にて周知。							
	勧奨		治療中断者及び異常値放置者を対象に、受診勧奨通知と啓発リーフレットを発送。 また、対象者のうちHbA1c7.0%以上、尿蛋白(±)以上のさらにリスクが高い者を対象に、専門職などによる受診勧奨を別途行う。							
	実施及び実施後の支援		通知発送後6か月間のレセプトにて受診状況を確認する。また、次年度の特定健診データを確認する。							
	その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)		・対象者選定方法等を確立し、適切な勧奨及び効果の検証を行っていく。 ・検査数値の程度に応じて勧奨内容を変えていくなど、受診率向上に向けて工夫を重ねていく。							
ストラクチャー	庁内担当部署		国保年金課							
	保健医療関係団体		糖尿病性腎症重症化予防プログラム検討会委員へ事業の説明・周知を行い、対象者の選定基準及び効果検証方法は毎年度合意を得る体制をとる。							
	国保連合会		保健事業支援・評価委員会からの助言							
	民間事業者		-							
	その他の組織		-							
	他事業		-							
その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)		対象者のうち糖尿病性腎症に罹患している者には、糖尿病性腎症重症化予防プログラム(保健指導)の案内を併せて行い、事業につながりをもたせる。								

## (6) 歯科受診勧奨

事業の目的		生活習慣病（糖尿病）罹患者に歯周病との因果関係について周知し、歯科受診を勧奨することにより、歯周病や糖尿病等の改善に繋げる。								
事業の概要		糖尿病等の罹患データから対象者を抽出し、糖尿病と歯周病の関係について周知啓発し、歯科受診を勧める。								
対象者	選定方法		糖尿病治療中で歯科治療歴がない者							
	選定基準	健診結果による判定基準	-							
		レセプトによる判定基準	当該年度に糖尿病薬の処方がある者のうち、歯肉炎・歯周病の治療がない者							
		その他の判定基準	-							
	除外基準		精神疾患を有する者、人工透析中の者							
重点対象者の基準		-								
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					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	1	歯周病未治療者の医療機関受診率	通知発送後6か月以内のレセプトで受診者の割合	19.0% (R4)	20%	22%	24%	26%	28%	30%
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					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	1	受診勧奨者率	当該年度の対象者に通知を勧奨した割合	100% (R4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス	周知		区のホームページ及び国保小冊子「おたの国保」にて周知。							
	勧奨		糖尿病罹患者で、前年度・当該年度に歯科レセプトがない歯周病未治療者を対象に、受診勧奨通知と啓発リーフレットを発送。							
	実施及び実施後の支援		通知発送後6か月間のレセプトにて受診状況を確認する。							
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）		HbA1c等の数値の変化を把握し、事業効果を研究する。							
ストラクチャー	庁内担当部署		国保年金課							
	保健医療関係団体		歯科医師会の連絡会及び糖尿病性腎症重症化予防プログラム検討会の場で事業の説明・周知を図り、対象者の選定基準及び効果検証方法は毎年度合意を得る体制をとる。							
	国保連合会		-							
	民間事業者		-							
	その他の組織		事業実施について歯科医師会及び健康づくり課の歯科衛生士等専門職と連携し、相談・報告の機会を設けるなど、実施方法について検討する。							
	他事業		勧奨通知内に、健康づくり課実施の成人歯科検診の案内を併記することで、受診率向上に寄与する。							
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）		-							

## (7) 循環器病予防受診勧奨（新規）

事業の目的		高血圧該当者へ受診勧奨を行うことで、高血圧症の疾病管理を促進し、循環器病の重症化を予防する。								
事業の概要		特定健診の結果血圧がⅡ度高血圧以上の該当者かつ医療機関未受診者に受診勧奨通知の送付を行い、受診を促す。								
対象者	選定方法	対象者の選定基準は、医療専門職と関係機関へ意見を求めるなどし、決定する。当該年度の健診結果をもとに判定する。								
	選定基準	健診結果による判定基準	前年度の健診結果でⅡ度高血圧以上							
		レセプトによる判定基準	前年度及び当該年度に高血圧のレセプトなし							
		その他の判定基準	-							
	除外基準	がんの受診歴がある者、認知機能障害がある者、精神疾患を有する者、人工透析中の者								
重点対象者の基準		Ⅲ度高血圧以上（今後要検討）								
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					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	1	【短期】 医療機関受診率	通知発送後6か月以内のレセプトで受診有の割合	-	20%	22%	24%	26%	28%	30%
	2	【短期】 対象者の翌年度検査値改善割合	翌年度の健診における高血圧の割合	-	-	22%	24%	26%	28%	30%
	3	【中期】 特定健診受診者の高血圧未治療者の割合	血圧がⅡ度以上で服薬なしの割合	42.5% (R4)	-	42%	41%	40%	39%	38%
4	【長期】 要介護要支援認定者の有病割合 (心臓病・高血圧症・脳血管疾患)	要介護または要支援の認定を受けた人の有病割合	心臓病：60.7% 高血圧症：53.2% 脳血管疾患：22.7%	60.7% 53.2% 22.7%	60.7% 53.2% 22.7%	60.7% 53.2% 22.7%	60.5% 53.0% 22.5%	60.5% 53.0% 22.5%	60.5% 53.0% 22.5%	
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					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
1	受診勧奨率	当該年度の対象者に通知を勧奨した割合	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
プロセス	周知	区のホームページにて周知。								
	勧奨	血圧がⅡ度高血圧以上の該当者かつ医療機関未受診者に受診勧奨通知を発送。Ⅲ度高血圧以上の未受診者には電話で勧奨する。								
	実施及び実施後の支援	通知発送後の6か月間を効果検証期間としてレセプトで受診状況を確認。また次年度の特定健診データを確認する。								
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨基準の妥当性を検討し、適切な勧奨につなげる。</li> <li>・抽出した対象者について高血圧以外の基礎疾患があるのか、他の状況も把握する。</li> <li>・受診率を評価しながら、勧奨方法の検討を重ねていく。</li> </ul>								
ストラクチャー	庁内担当部署	国保年金課								
	保健医療関係団体	事業内容については医師会をはじめとした関係機関に適宜助言をいただく。								
	国保連合会	保健事業支援・評価委員会からの助言								
	民間事業者	-								
	その他の組織	-								
	他事業	-								
その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	専門性の高い事業のため、第3期データヘルス計画中に医師会と連携を深める。									

## (8) 後発医薬品利用促進事業

事業の目的		後発医薬品の普及と切り替えの促進により、調剤に係る被保険者の自己負担軽減と医療費適正化を図る。								
事業の概要		後発医薬品差額通知を発送することで、後発医薬品への切り替えを促進する。								
対象者		本人自己負担額の軽減効果額が見込まれる被保険者								
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					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	1	【短期】数量普及率	薬剤総量のうち後発品薬剤総量の割合（先発総量は削減可能なものに限る）	77.4% (R5.11月時点)	80%	81%	82%	83%	84%	85%
2	【短期】金額普及率	薬剤費総額のうち後発品薬剤費の割合（先発金額は削減可能なものに限る）	50.8% (R5.11月時点)	51%	54%	57%	60%	63%	65%	
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					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
1	受診勧奨者率	当該年度の対象者に通知を勧奨した割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
プロセス	周知	区のホームページにて周知。 庁内の関係部局窓口にて啓発用のリーフレットを配布・掲示。								
	勧奨	先発医薬品と後発医薬品の差額が一定額を超えた方に、薬剤費軽減見込額を明記し、後発医薬品の有効性を周知啓発する通知により切り替えを勧奨する。								
	実施及び実施後の支援	差額通知発送後の切り替え状況をレセプトから確認し、発送の効果を検証する。								
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療費助成制度が定着している15歳未満は後発医薬品の普及率が低い傾向にあるため、子育て世代を中心に専用のリーフレットを差額通知に同封し、理解を求める。さらに、令和5年度から医療費助成制度の対象となった15～18歳の普及率への影響も注視していく。</li> <li>子育て世代が多く訪れる子育て支援課や区内施設にもリーフレットの配布等を行い、理解を広げていく。</li> </ul>								
ストラクチャー	庁内担当部署	国保年金課								
	保健医療関係団体	医師会や薬剤師会への協力依頼を継続して行う。								
	国保連合会	-								
	民間事業者	委託事業者にてレセプトから対象者抽出をし、差額通知を発送する。また、問い合わせの際は専用のコールセンターにて専門職が対応する。								
	その他の組織	-								
	他事業	-								
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	-								



## (9) 適正服薬推進事業

事業の目的		重複・多剤投与等のリスク対象者に行動変容を促し、服薬及び医療費の適正化を図る。								
事業の概要		対象者へ服薬情報通知を送付し、医師・薬剤師への相談を勧奨する。								
対象者		重複服薬・多剤服薬者等								
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					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	1	【短期】 服薬状況改善割合	通知送付者のうち、通知送付後のレセプトで重複服薬が解消している者の割合	71.4% (R4)	72%	74%	76%	78%	80%	80%
			通知送付者のうち、通知送付後のレセプトで多剤服薬が解消している者の割合	38.2% (R4)	40%	42%	44%	46%	48%	50%
	2	【中期】 重複服薬・多剤服薬者数	レセプトから、重複服薬となっている者の人数	1,213人 (R4)	1,200人	1,160人	1,120人	1,080人	1,040人	1,000人
			レセプトから、多剤服薬となっている者の人数	316人 (R4)	300人	290人	280人	270人	260人	250人
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					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
1	服薬情報通知数	選定した対象者への通知発送数	1,000通 (R5)	1,000通	1,050通	1,100通	1,150通	1,200通	1,250通	
プロセス	周知		<ul style="list-style-type: none"> <li>・区のホームページで事業周知する。</li> <li>・重複・多剤服薬やポリファーマシーのリスクとともに、お薬手帳の正しい使い方について啓発していく。</li> </ul>							
	勧奨		重複服薬者・多剤服薬者等を対象に、薬の処方を受けた医療機関や薬の内容を記載した服薬情報通知を送付する。							
	実施及び実施後の支援		通知発送後のレセプトにて処方状況を確認する。また、薬局での服薬指導の内容を区へ報告していただき、指導内容や介入結果の把握を行う。							
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）		<ul style="list-style-type: none"> <li>・通知を受け取った者について、どのような行動変容が起きているかを把握することが重要なため、検証を行っていく。</li> <li>・多剤服薬について、薬の組み合わせごとによりリスク・ベネフィットが異なるため、複数種類の医薬品の投与の可否については、一概に判断できない点に留意が必要である。</li> </ul>							
ストラクチャー	庁内担当部署		国保年金課							
	保健医療関係団体		令和5年度から事業を再構築したため、改めて医師会・薬剤師会・区内薬局への事業説明・周知を図っている。また、効果検証結果についても同様にフィードバックし、協力体制を構築する。なお、対象者の選定基準や事業の進め方は、毎年度薬剤師会の合意を得る体制を整えていく。							
	国保連合会		保健事業支援・評価委員会からの助言							
	民間事業者		委託事業者にてレセプト・健診結果から対象者抽出をし、効果検証を行う。また、服薬情報通知の発送や問い合わせ専用のコールセンターの設置等についても委託内容に含めている（令和5年度実績）。							
	その他の組織		-							
	他事業		-							
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）		医療機関での指導内容についても把握できるか、方法を検討。							

(10) 健康ポイント事業（連携実施） ※区民向け事業

事業の目的		広く区民に向けた健康保持・疾病予防の取組を支援し、ひいては国保加入者の行動変容に繋げる。								
事業の概要		健康づくり課が実施する健康ポイント事業はICTを活用したインセンティブ事業として、健康づくり活動、健康関連イベント参加、健康診断、がん検診の受診等をポイント化し楽しみながら健康づくりを継続する仕組みであり、国保においても周知・広報しながら取組を支援し、加入者の健康づくりを推進する。								
対象者		大田区在住・在勤者								
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					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	1	健康診査受診者数 (事業参加者内)	ポイント事業参加者が取得した「いろいろ健診ポイント」のうち「健康診査」または「人間ドック受診助成申請」を選択した人数	996名 (R4実績)	1,010名	1,020名	1,030名	1,040名	1,050名	1,060名
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					
					R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	1	国保加入者における事業参加者割合	国保の参加者／国保加入者 (18歳以上) (年度末実績値) ※「国保の参加者」は登録時の自己申告データによる	6.8% (R5.11月時点)	8%	9%	10%	11%	12%	13%
プロセス	(方法)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診の受診についてアプリで周知することにより、被保険者にも特定健診受診を意識付け、区民の健康保持・増進を支援する。</li> <li>・保険者努力支援制度の加点獲得のため、取組成果の評価手法について所管課（健康づくり課）との協議を継続する。</li> <li>・国保における広報媒体や周知の機会を増やすなど、事業のPRについて検討する。</li> </ul>								
ストラクチャー	(体制)	所管課（健康づくり課）との連携強化								



## 第6章 計画の評価・見直し

第6章から第9章はデータヘルス計画策定の手引きに沿った運用とする。

### 1 評価の時期

#### (1) 個別事業計画の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度ごとに行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認のうえ、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させる。

#### (2) データヘルス計画の評価・見直し

設定した評価指標に基づき、計画の最終年度のみならず、中間時点等計画期間の途中で進捗確認及び中間評価を実施する。また、計画の最終年度においては、次期計画の策定を円滑に行うため、当該最終年度の上半期に仮評価を行う。

### 2 評価方法・体制

計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム（成果）指標を中心とした評価指標による評価を行う。評価にあたっては、必要に応じ、東京都、国保連合会、地域の医療関係団体等と連携を図る。

## 第7章 計画の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。具体的には、区ホームページや広報誌を通じた周知のほか、医師会・歯科医師会・薬剤師会等関係団体との情報交換の場でも周知、配布する。

## 第8章 個人情報の取扱い

計画の策定にあたっては、活用するデータの種類や活用方法が多岐にわたり、特にKDBシステムを活用する場合等には、健診結果やレセプトデータ情報を突合し加工した統計情報と、個別の個人情報とが存在する。

特に、健診データやレセプトに関する個人情報は、一般的には「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号。以下「個人情報保護法」という。）に定める要配慮個人情報に該当するため、慎重に取扱う。大田区では、個人情報の保護に関する各種法令とガイドラインに基づき、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。

## 第9章 地域包括ケアに係る取組の検討

本計画では、国保及び後期高齢者の課題について、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の観点を踏まえ、高齢福祉課、国保年金課後期高齢者医療担当、健康づくり課などの関係部署と連携を図り、国保として実施可能な保健事業について引き続き検討していく。

## 第10章 第4期 特定健康診査等実施計画

### 1 計画の背景・趣旨

#### (1) 計画策定の背景・趣旨

生活習慣病の発症や重症化予防により、国民の健康保持及び医療費適正化を達成することを目的に、保険者においては平成20年度より「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和57年法律第80号）に基づき、特定健診及び特定保健指導の実施が義務付けられてきた。

大田区においても、同法律に基づき作成された「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」（以下、「基本指針」という。）に則り、実施計画を策定し、特定健診の受診率及び特定保健指導の実施率の向上に取り組んできたところである。

令和5年3月に発表された「特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）」「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4版）」では、成果を重視した特定保健指導の評価体系の見直し、特定保健指導の成果等の見える化の推進などの新たな方向性が示され、成果（アウトカム）に着目したより効率的かつ効果的な事業運営が求められることとなった。

本計画は、第3期計画期間（平成30年度から令和5年度）が終了することから、国での方針の見直しの内容を踏まえ、大田区の現状を考慮した事業の運営を図ることを目的に策定するものである。

#### (2) 特定健診・特定保健指導を巡る国の動向

##### ア エビデンスに基づく効率的かつ効果的な特定健診・特定保健指導の推進

国では、厳しい財政状況の中、より効率的かつ効果的な財政運営が必要とされており、エビデンスに基づく政策運営が進められている。

特定健診及び特定保健指導に関しても、第3期中に、大規模実証事業や特定保健指導のモデル実施の効果検証を通じたエビデンスの構築、並びにエビデンスに基づく効果的な特定健診及び特定保健指導が推進されてきたところである。

「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4版）」においても、特定健診及び特定保健指導の第一の目的は生活習慣病に移行させないことに立ち返り、対象者の行動変容につながる成果が出たことを評価するという方針のもと、成果の見える化と事業の効果分析に基づいた効果的な特定健診及び特定保健指導が求められている。

##### イ 第4期特定健診・特定保健指導の見直しの方向性

令和5年3月に発表された「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4版）」での主な変更点は図表10-1-2-1のとおりである。

大田区においても、これらの変更点を踏まえて第4期特定健診及び特定保健指導を実施していく。

図表10-1-2-1：第4期特定健診・特定保健指導の主な変更点

区分	変更点の概要	
特定健診	基本的な健診の項目	・血中脂質検査の中性脂肪は、やむを得ない場合は随時中性脂肪での測定を可とする。
	標準的な質問票	・喫煙や飲酒の項目は、より正確にリスクを把握するために詳細な選択肢へ修正。 ・特定保健指導の項目は、利用意向から利用歴を確認する内容へ修正。
特定保健指導	評価体系	・実績評価にアウトカム評価を導入。主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減、その他目標を生活習慣病予防につながる行動変容（食習慣・運動習慣・喫煙習慣・休養習慣・その他生活習慣の改善）や腹囲1cm・体重1kg減と設定。 ・プロセス評価は、個別支援、グループ支援、電話及び電子メール等とする。時間に比例したポイント設定ではなく介入1回ごとの評価とし、支援Aと支援Bの区別は廃止。ICTを活用した場合も同水準の評価。特定健診実施後の特定保健指導の早期実施を新たに評価。 ・モデル実施は廃止。
	その他	①初回面接の分割実施の条件緩和 ・初回面接は、特定健診実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施と取り扱う。 ②生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 ・特定健診または特定保健指導開始後に服薬開始の場合、特定保健指導の対象者として分母に含めないことを可能とする。 ③生活習慣病に係る服薬中の者への服薬状況の確認、及び特定保健指導対象者からの除外 ・服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外にあたり、確認する医薬品の種類、確認手順等を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外でも事実関係の再確認と同意取得を行うことを可能とする。 ④運用の改善 ・看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長する。

【出典】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4版） 改変

### （3）計画期間

本計画の期間は、令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの6年間である。

## 2 第3期計画における目標達成状況

### (1) 全国の状況

特定健診及び特定保健指導の目標としては、特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上、並びにメタボ該当者及びメタボ予備群該当者の減少が掲げられている。

第3期計画においては、全国の市町村国保で特定健診受診率を令和5年度までに60.0%まで、特定保健指導実施率を60.0%まで引き上げることが目標とされていたが、令和3年度時点で全市町村国保の特定健診平均受診率は36.4%、特定保健指導平均実施率は27.9%となっており、目標値から大きく乖離して目標達成が困難な状況にある。(図表10-2-2-1)

図表10-2-1-1：第3期計画における全保険者及び市町村国保の特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値及び実績

	市町村国保					全保険者(参考)	
	令和5年度 目標値	令和3年度 実績				令和5年度 目標値	令和3年度 実績
		全体	特定健診対象者数				
			10万人以上	5千人以上 10万人未満	5千人未満		
特定健診平均受診率	60.0%	36.4%	28.2%	37.6%	42.5%	70.0%	56.5%
特定保健指導平均実施率	60.0%	27.9%	13.9%	27.7%	44.9%	45.0%	24.6%

【出典】厚生労働省 特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)

厚生労働省 2021年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

※国(全国市町村国保)の令和4年度の受診率は、計画策定段階では未公表

メタボ該当者及びメタボ予備群該当者の減少率は、令和5年度までに平成20年度比25.0%以上減が目標として設定されていたが、令和3年度時点では13.8%減となっており、目標達成が厳しい状況にある。(図表10-2-2-1)

なお、メタボ該当者及びメタボ予備群該当者の減少率は、保険者ごとに目標設定されているものではなく、特定保健指導の効果を検証するための指標として保険者が活用することを推奨されているものである。

図表10-2-1-2：第3期計画におけるメタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少率の目標値及び実績

	令和5年度_目標値_全保険者	令和3年度_実績_全保険者
メタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少率 (平成20年度比)	25.0%	13.8%

【出典】厚生労働省 特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)

厚生労働省 2021年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

※平成20年度と令和3年度の推定数の差分を平成20年度の推定数で除して算出

※推定数は、特定健診の実施率及び年齢構成比の変化による影響を排除するため、性・年齢階層別に各年度の特定健診受診者に占める出現割合に各年度の住民基本台帳の人口を乗じて算出

## (2) 大田区の状況

大田区の特定健診・特定保健指導の状況については、P48にある第3期データヘルス計画第3章の5の記載のとおりであるが、第3期特定健診等実施計画期の状況を振り返るにあたり、改めてデータを確認していく。

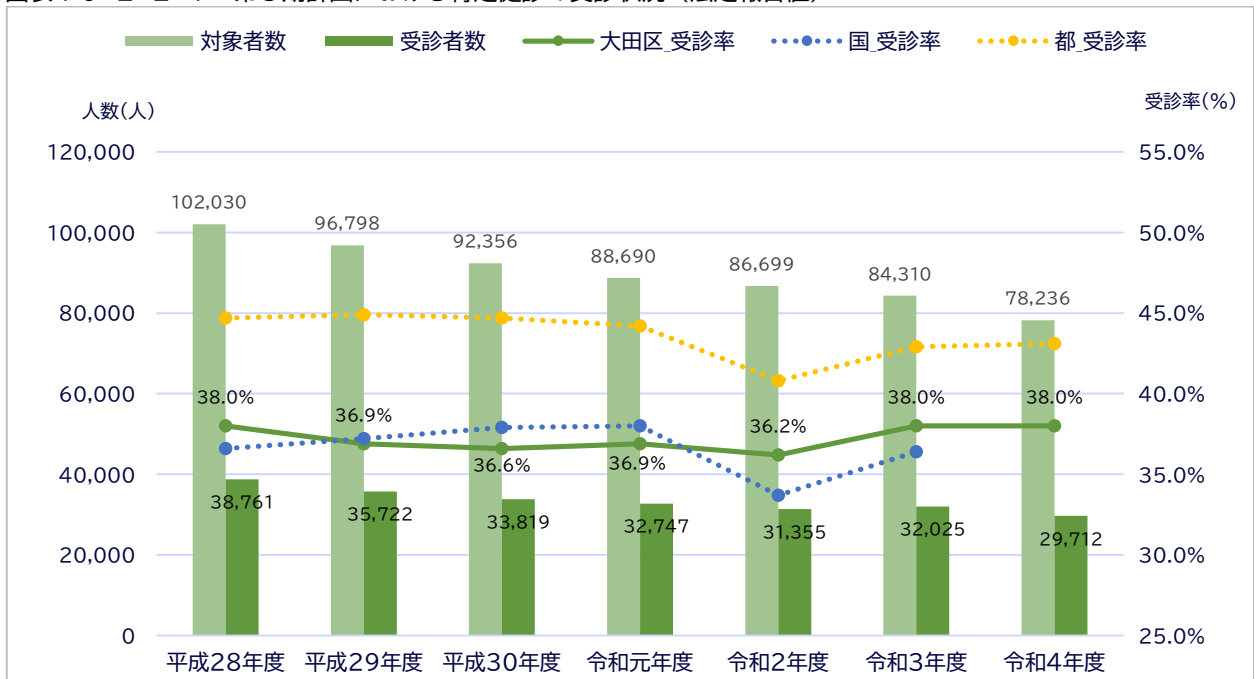
### ア 特定健診受診率

第3期計画における特定健診の受診状況をみると（図表10-2-2-1）、特定健診受診率は、計画終了年度にあたる令和5年度の目標値を43.0%としていたが、令和4年度時点で38.0%となっている。

前期計画中の推移をみるとコロナ禍の影響を強く受けた令和2年度を除くと、平成28年度から平成30年度までは低下傾向にあったが、令和2年度以降は上昇傾向にある。国や都と比較すると、都より低い水準で推移している。

男女別及び年代別における令和元年度と令和4年度の特定健診受診率をみると、男性では65-69歳、女性では45-49歳の伸びが最も大きい（図表10-2-2-2、図表10-2-2-3）。

図表10-2-2-1：第3期計画における特定健診の受診状況（法定報告値）



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	大田区	40.0%	42.0%	37.0%	39.0%	41.0%	43.0%
特定健診受診率	大田区	36.6%	36.9%	36.2%	38.0%	38.0%	-
	国	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%	-	-
	都	44.7%	44.2%	40.8%	42.9%	43.1%	-

【出典】目標値：前期計画

実績値：厚生労働省 2016年度から2021年度 特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）

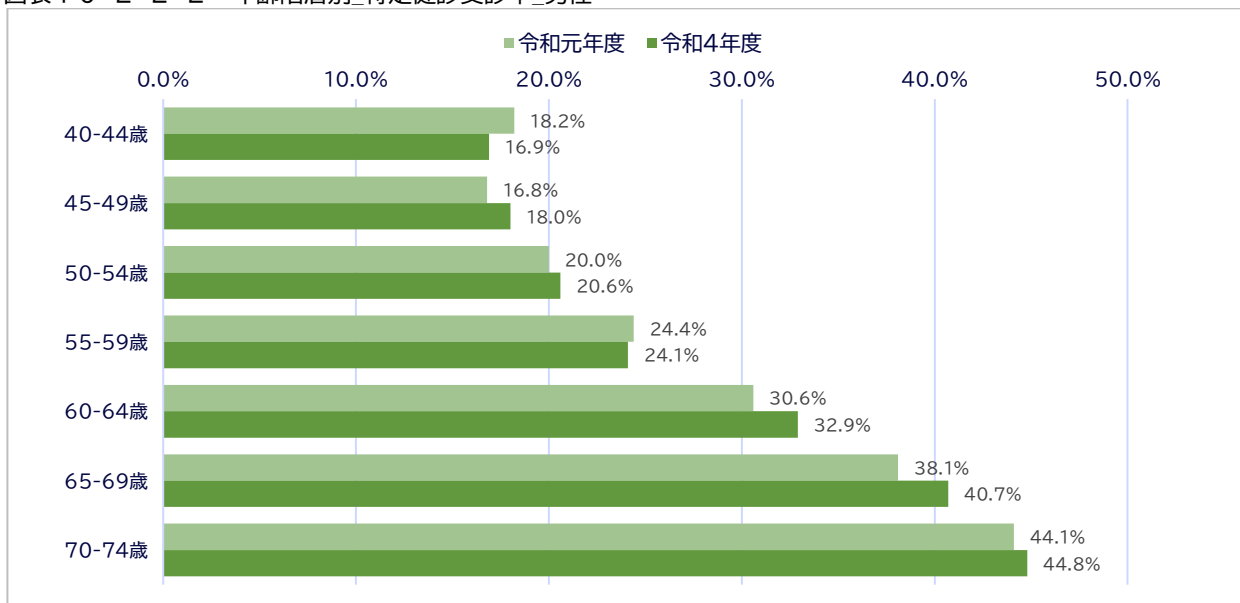
公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 平成30年度から令和3年度

※表内の「国」とは、市町村国保全体を指す（以下同様）

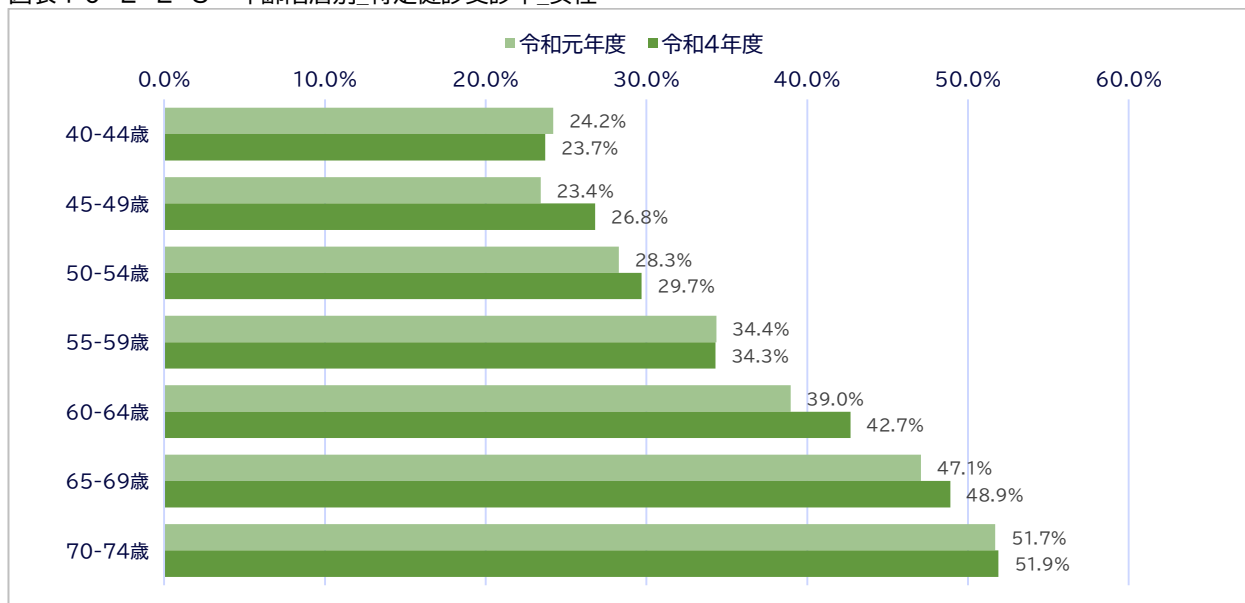
※都の令和4年度の受診率は保険者別特定健診・特定保健指導実施結果から引用

※計画策定段階では、国の令和4年度受診率は未公表

図表 10-2-2-2：年齢階層別\_特定健診受診率\_男性



図表 10-2-2-3：年齢階層別\_特定健診受診率\_女性



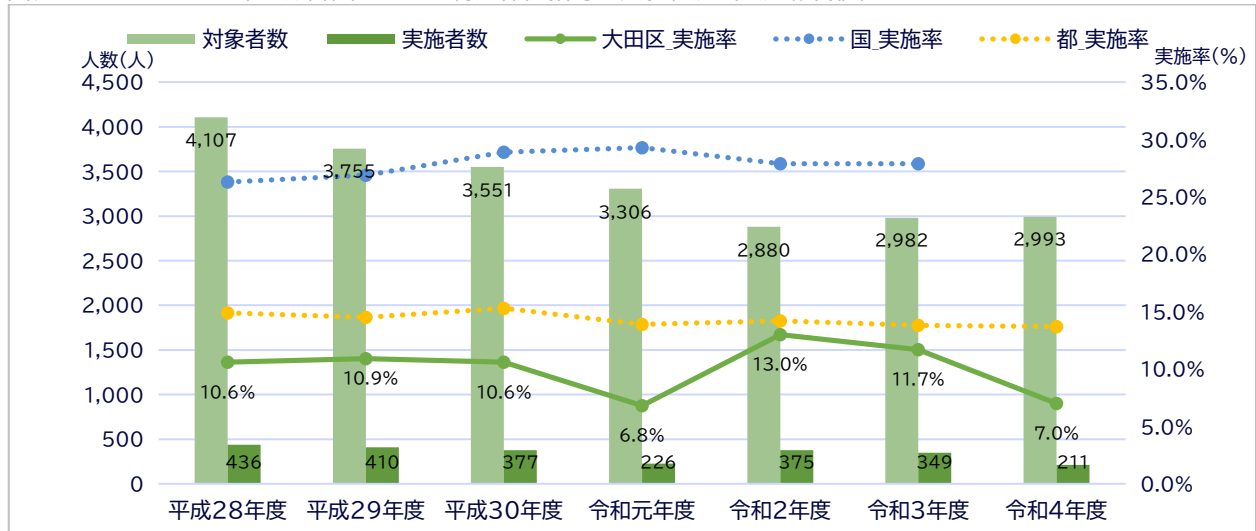
【出典】sucoyaca「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」令和元年度・令和4年度

## イ 特定保健指導実施率

第3期計画における特定保健指導の実施状況をみると（図表10-2-2-4）、特定保健指導実施率は、計画終了年度にあたる令和5年度の目標値を19.0%としていたが、令和4年度時点で7.0%となっている。この値は、国・都より低い。

前期計画中の推移をみると、実施率は、コロナ禍の影響を強く受けた令和元年度と2年度を除くと上昇傾向にあるものの、特定保健指導実施率は国・都より低い水準で推移している。

図表10-2-2-4：第3期計画における特定保健指導の実施状況（法定報告値）



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	大田区	20.0%	22.0%	10.0%	15.0%	17.0%	19.0%
特定保健指導実施率	大田区	10.6%	6.8%	13.0%	11.7%	7.0%	-
	国	28.9%	29.3%	27.9%	27.9%	-	-
	都	15.3%	13.9%	14.2%	13.8%	13.7%	-

【出典】厚生労働省 2016年度から2021年度特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）

公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 平成30年度から令和4年度

※都の令和4年度の実施率は保険者別特定健診・特定保健指導実施結果から引用

※計画策定段階では、国の令和4年度実施率は未公表

支援区分別の特定保健指導実施率の推移をみると（図表10-2-2-5）、積極的支援では令和4年度は4.8%で、動機付け支援では令和4年度は7.9%となっている。

図表10-2-2-5：支援区分別特定保健指導の実施率・対象者数・実施者数

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
積極的支援	実施率	4.6%	3.6%	4.3%	9.9%	4.8%
	対象者数 (人)	917	827	752	761	794
	終了者数 (人)	42	30	32	75	38
動機付け支援	実施率	12.7%	7.9%	16.1%	12.3%	7.9%
	対象者数 (人)	2,634	2,479	2,128	2,221	2,199
	終了者数 (人)	335	196	343	274	173

【出典】sucoyaca「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」平成30年度～令和4年度

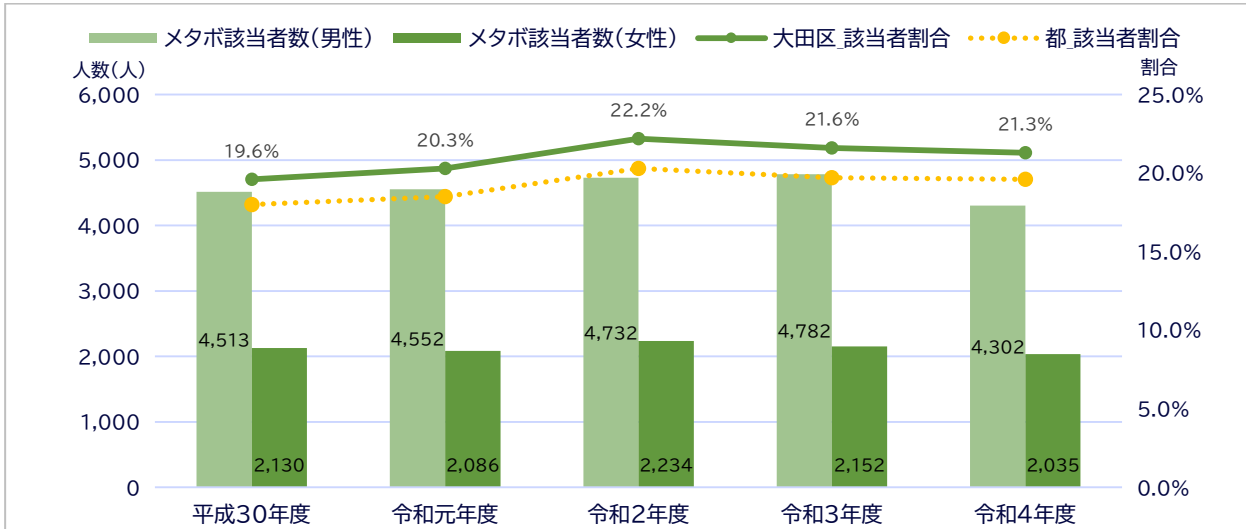


### ウ メタボリックシンドロームの該当者数・予備群該当者数

特定健診受診者におけるメタボ該当者数の数を見ると（図表10-2-2-6）、令和4年度におけるメタボ該当者数は6,337人で、特定健診受診者の21.3%である。

男女別にみると、メタボ該当者数及び特定健診受診者に占める該当者割合は男性の方が高い。経年の推移をみると、都より高い水準で推移している。

図表10-2-2-6：特定健診受診者におけるメタボ該当者数・割合



メタボ該当者	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	該当者数 (人)	割合	該当者数 (人)	割合	該当者数 (人)	割合	該当者数 (人)	割合	該当者数 (人)	割合
大田区	6,643	19.6%	6,638	20.3%	6,966	22.2%	6,934	21.6%	6,337	21.3%
男性	4,513	32.7%	4,552	33.7%	4,732	36.6%	4,782	36.4%	4,302	35.1%
女性	2,130	10.6%	2,086	10.8%	2,234	12.1%	2,152	11.4%	2,035	11.6%
都	-	18.0%	-	18.5%	-	20.3%	-	19.7%	-	19.6%

【出典】 sucoyaca「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」平成30年度から令和4年度

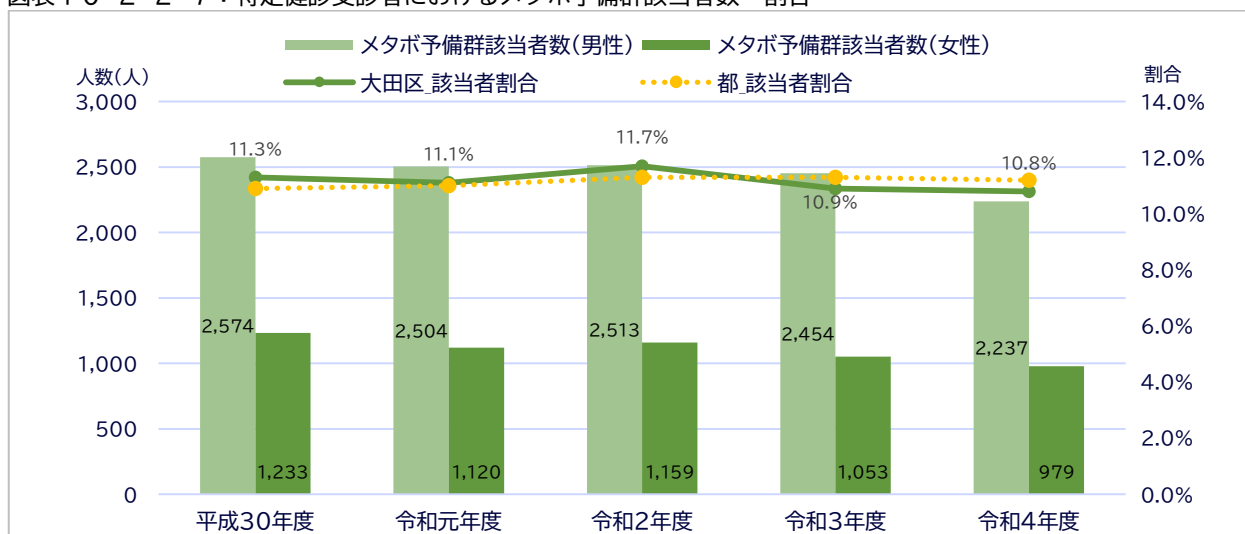


特定健診受診者におけるメタボ予備群該当者数をみると（図表10-2-2-7）、令和4年度におけるメタボ予備群該当者数は3,216人で、特定健診受診者における該当割合は10.8%である。

男女別にみると、メタボ予備群該当者数及び特定健診受診者における該当割合は男性の方が高い。

経年の推移をみると、都と同等の水準で推移しており、令和4年度のメタボ予備群該当者割合は都よりやや低い。

図表10-2-2-7：特定健診受診者におけるメタボ予備群該当者数・割合



メタボ予備群 該当者	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	該当者数 (人)	割合	該当者数 (人)	割合	該当者数 (人)	割合	該当者数 (人)	割合	該当者数 (人)	割合
大田区	3,807	11.3%	3,624	11.1%	3,672	11.7%	3,507	10.9%	3,216	10.8%
男性	2,574	18.6%	2,504	18.5%	2,513	19.4%	2,454	18.7%	2,237	18.3%
女性	1,233	6.2%	1,120	5.8%	1,159	6.3%	1,053	5.6%	979	5.6%
都	-	10.9%	-	11.0%	-	11.3%	-	11.3%	-	11.2%

【出典】sucoyaca「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」平成30年度から令和4年度

※都の令和4年度の受診率は保険者別特定健診・特定保健指導実施結果から引用

参考：メタボリックシンドローム判定値の定義（再掲）

メタボ該当者	腹囲 85cm（男性） 90cm（女性）以上	以下の追加リスクのうち2つ以上該当
メタボ予備群該当者		以下の追加リスクのうち1つ該当
追加リスク	血糖	空腹時血糖110mg/dL以上（空腹時血糖の結果値が存在しない場合、HbA1c6.0%以上）
	血圧	収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上
	脂質	中性脂肪150mg/dL以上、またはHDLコレステロール40mg/dL未満

【出典】厚生労働省 メタボリックシンドロームの診断基準

### (3) 国の示す目標

第4期計画における国の目標値は下表のとおりであり、令和11年度までに特定健診の全国市町村国保平均受診率60%以上、特定保健指導の平均実施率60%以上を達成することが設定されている。目標値は、第3期計画目標の目標値から変更されていない。なお、参考として、健康保険組合等を含む全国の保険者の目標値は以下のとおりである（図表10-2-3-1）。

また、メタボ該当者及びメタボ予備群の減少率についても、第3期に引き続き、平成20年度比25%以上減と設定されている。

図表10-2-3-1：第4期計画における国が設定した目標値（令和11年度）

	市町村国保	全国（参考）
特定健診受診率	60%以上	70%以上
特定保健指導の実施率	60%以上	45%以上
メタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少率 （平成20年度比）	25%以上減	

【出典】厚生労働省 第4期特定健康診査等実施計画期間における保険者種別の目標値について

### (4) 大田区の目標

特定健診受診率及び特定保健指導実施率の目標値は下表のとおりである（図表10-2-4-1）。国は、令和11年度までに特定健診受診率を60.0%、特定保健指導実施率を60.0%まで引き上げるように目標設定しているが、大田区は受診率が伸び悩んでいる現状を踏まえ、現実的な範囲での目標値を設定し、着実な目標達成を目指す。

特定健診対象者及び特定保健指導実施者の見込み数については、図表10-2-4-2のとおりである。

図表10-2-4-1：特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診受診率	39.0%	39.2%	39.4%	39.6%	39.8%	40.0%
特定保健指導実施率	15.0%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%

図表10-2-4-2：特定健診対象者・特定保健指導実施者の見込み数

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	
特定健診	対象者数（人）	79,934	79,236	75,576	73,491	71,467	69,503	
	受診者数（人）	31,174	31,061	29,777	29,102	28,444	27,801	
特定保健指導	対象者数（人）	合計	2,903	2,892	2,773	2,710	2,649	2,589
		積極的支援	741	738	708	692	676	661
		動機付け支援	2,162	2,154	2,065	2,018	1,973	1,928
	実施者数（人）	合計	435	463	471	488	503	518
		積極的支援	111	118	120	125	128	132
		動機付け支援	324	345	351	363	375	386

※各見込み数の算出方法

特定健診対象者数：40-64歳、65-74歳の推計人口に各層の国保加入率を乗じて算出。

各層の国保加入率は、令和元年度から令和4年度までの平均変化率で推移すると仮定。

特定健診受診者数：特定健診対象者数に特定健診受診率の目標値を乗じて算出。

特定保健指導対象者数：合計値は、特定健診受診者数に令和3年度の特定保健指導該当者割合を乗じて算出。

支援区分別対象者数は、合計値に令和3年度の対象者割合を乗じて算出。

特定保健指導実施者数：特定保健指導対象者数に特定保健指導実施率の目標値を乗じて算出。

### 3 特定健診・特定保健指導の実施方法

#### (1) 特定健診

##### ア 実施目的

基本指針にあるとおり、特定健診は、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て、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行う。

##### イ 対象者

大田区国民健康保険加入者で、当該年度に40歳から74歳となる者。ただし、厚生労働大臣が定める者（妊産婦、海外在住、長期入院等）は対象者から除くものとする。

##### ウ 実施場所

区内各医師会に所属する健診実施医療機関で実施する。

##### エ 実施期間

例年6月から翌年3月にかけて実施する。

##### オ 実施項目

「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」で定められた項目に従い、特定健診受診者全員に下表の「基本的な健診項目」を実施する。また、一定の基準のもと医師が必要と判断した場合には、「追加的な健診項目」を実施する。

図表10-3-1-1：特定健診の健診項目

	項目
基本的な健診項目 ※全対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診察（既往歴（服薬歴、喫煙歴を含む）、自覚症状）</li> <li>・身体計測（身長、体重、腹囲、BMI）</li> <li>・血圧（収縮期、拡張期）</li> <li>・血中脂質検査（空腹時中性脂肪（やむを得ない場合には随時中性脂肪）、HDLコレステロール、LDLコレステロール（Non-HDLコレステロール））</li> <li>・肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、<math>\gamma</math>-GT（<math>\gamma</math>-GTP））</li> <li>・血糖検査（HbA1c、空腹時血糖、やむを得ない場合には随時血糖）</li> <li>・尿検査（尿糖、尿蛋白）</li> </ul>
追加的な健診項目 ※医師の判断により実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・貧血検査（ハマトクリット値、血色素量、赤血球数）</li> <li>・心電図検査・眼底検査</li> <li>・血清クレアチニン検査（eGFRを含む）</li> <li>・胸部X線検査</li> <li>・尿検査（尿潜血）</li> <li>・血清尿酸検査</li> </ul>

※追加的な健診項目は、特定健診の詳細な健診項目ではなく、厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）をもとに、区が行っている追加項目である。

#### カ 実施体制（委託実施）

健診の委託に際しては、利用者の利便性を考慮するとともに、健診の質の担保のために適切な精度管理維持が求められるため、国の委託基準（「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第16条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者」）に基づき、区内医師会（大森、田園調布、蒲田）へ委託する。委託契約については、国保年金課が健康づくり課へ事務を執行委任しており、詳細は契約書及び仕様書で定める。

#### キ 健診結果の通知方法

実施医療機関は、原則、受診者本人に健診結果及び判定結果を記入した受診票を交付し、結果等の説明を行う。健診当日に検査結果が出ない場合で、受診者本人が再来院できないなどの場合は、郵便（簡易書留）で送付する。

#### ク 事業者健診データ収集

被保険者が、勤め先やアルバイト先等で「労働安全衛生法」に基づく健康診断を受診した場合は、本人から健診結果データを提供してもらい、特定健診受診率に反映する。

※人間ドックについては、現行、費用の受診助成制度あり。

## (2) 特定保健指導

### ア 実施目的

基本指針にあるとおり、特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活の維持ができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とする。

### イ 対象者階層化の基準

特定保健指導は、特定健診結果を腹囲、リスクの高さ、喫煙歴、年齢により階層化し、積極的支援対象者及び動機付け支援対象者に実施する。なお、特定健診の質問票において服薬中であることが判別できた者については、既に主治医の指導を受けていることから特定保健指導対象外とする。また、2年連続して積極的支援対象者に該当した対象者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している場合、2年目は、動機付け支援相当の支援を実施した場合であっても、特定保健指導を実施したこととなる。

図表10-3-2-1：特定保健指導階層化の基準

腹囲	追加リスク	喫煙歴	対象年齢	
	(血糖・血圧・脂質)		40-64歳	65歳-
男性≧85cm 女性≧90cm	2つ以上該当	なし/あり	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり		
上記以外で BMI≧25kg/m <sup>2</sup>		3つ該当	なし	
	なし/あり		積極的支援	
	2つ該当	あり	動機付け支援	
1つ該当	なし			

参考：追加リスクの判定基準

追加リスク	血糖	空腹時血糖100mg/dL以上、またはHbA1c5.6%以上
	血圧	収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上
	脂質	空腹時中性脂肪150mg/dL以上（やむを得ない場合には随時中性脂肪175mg/dL以上）、またはHDLコレステロール40mg/dL未満

【出典】厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

### ウ 実施内容

積極的支援及び動機付け支援ともに初回面接では、医師、保健師または管理栄養士の指導のもと、生活習慣改善のための行動計画を設定する。

積極的支援は、原則年1回の初回面接後、3～6か月間、定期的に面接（オンライン含む）、電話、メール等で継続支援を実施する。原則、初回面接から3か月後に中間評価を実施し、それ以降、体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況について最終評価を行う。中間評価時に、体重2kg及び腹囲2cm減少を達成した対象者については、その時点で支援を終了する。

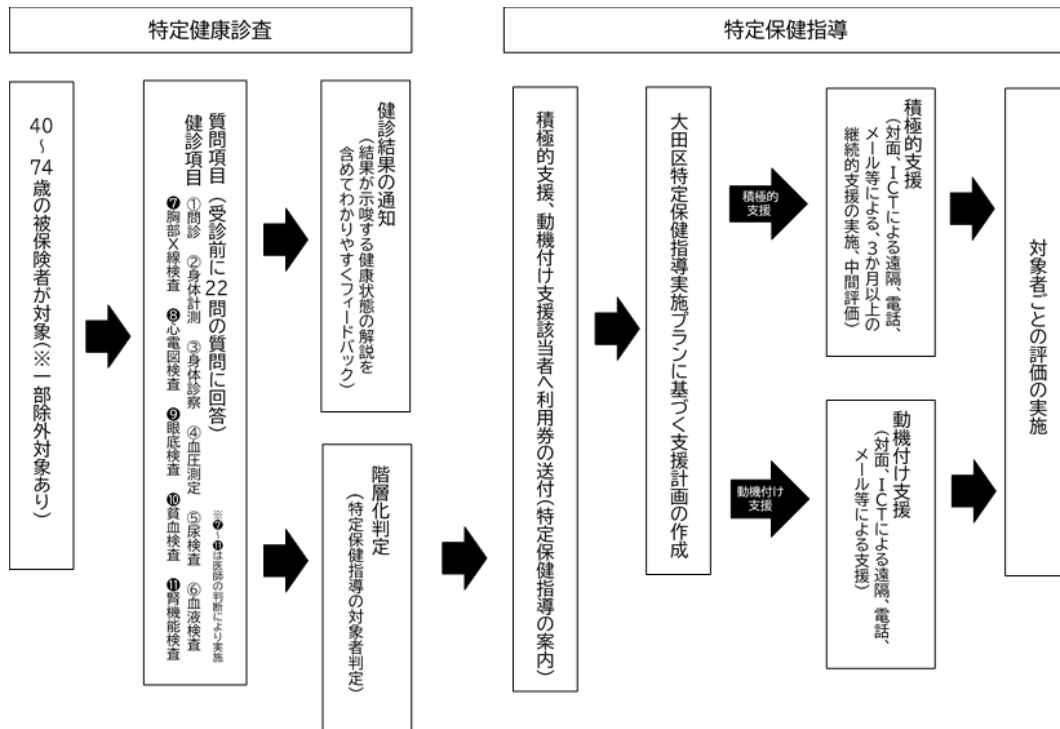
動機付け支援は、原則年1回の初回面接後、3～6か月間後に体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況について実績評価を行う。

### エ 実施体制

特定保健指導の委託に際しては、特定健診と同様に国の委託基準を満たす機関を選定する。委託契約については、国保年金課が健康づくり課へ事務を執行委任しており、詳細は契約書及び仕様書で定める。健康づくり課は、専門的な立場から委託事業者へ指示及び管理し、利用者の利便性を考慮するとともに、保健指導の質を確保するなど適正な事業実施に努める。

### (3) その他

#### ア 特定健診・特定保健指導の流れ（イメージ）



#### イ 特定健診・特定保健指導のスケジュール

項目	当年度												次年度						
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	
特定健診	対象者データ作成	■													■				
	受診票送付	■		●	●	●	●	●	●	●	●	●	■		●	●	●	●	
	健診実施			■											■				
	受診勧奨																		
特定保健指導	対象者データ抽出																		
	事業者																		
	利用券送付																		
	保健指導実施																		
	医療機関																		
	対象者選出(階層化)																		
	利用券情報提供																		
保健指導実施																			
利用勧奨																			

#### ウ 特定健診・特定保健指導実施の周知・案内方法

- ・個別に受診券（受診票）、利用券を発送
- ・区報、区ホームページ、区作成統合ポスター、区施設内デジタルサイネージ
- ・保険料納入通知書に同封の小冊子、保険証更新時に同封のチラシに記載
- ・医療費通知内に記載
- ・区内各医師会を通じ、医療機関より直接受診案内による協力（今後の目標）
- ・未受診者宛に受診勧奨はがきの発送
- ・その他、年度ごとに周知・案内方法について検討する

## 4 その他

### (1) 計画の公表・周知

本計画については、高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項に基づき、大田区国民健康保険データヘルス計画と一体的に作成することとしており、作成及び変更時は、大田区のホームページ等により公表し、広く内容等の周知を行う。

また、特定健診及び特定保健指導については、大田区のホームページ等への掲載、啓発ポスターの掲示などにより、普及啓発に努める。

### (2) 個人情報の保護

特定健診及び特定保健指導の記録の保存にあたっては、「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4版）」を参考に、個人の健康情報を漏えいしないよう、厳格に管理したうえで適切に活用する。特定健診及び特定保健指導で得られる受診者の健診等情報（標準的な電子データファイル仕様に基づく電子ファイル）の取扱いについては、「大田区個人情報の保護に関する法律施行条例」や個人情報の保護に関する各種法令・ガイドライン等を踏まえた対応を行う。その際には、受診者の利益を最大限に保証するため個人情報の保護に十分に配慮しつつ、効果的・効率的な健診・保健指導を実施する。

特定健診・特定保健指導を外部に委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに「委託契約に伴う個人情報の取扱いに関する付帯条項」を添付し、委託先の契約状況を厳重に管理していく。

### (3) 実施計画の評価・見直し

特定健診の受診率及び特定保健指導の実施率、並びにメタボ該当者及びメタボ予備群の減少率については、本計画の最終年度（令和11年度）に評価を行う。

実施中は、設定した目標値の達成状況を年度ごとに点検し、評価の結果を活用して、必要に応じて実施計画の記載内容の見直しを行う。

## 参考資料 用語集

行	No.	用語	解説
あ行	1	eGFR	血清クレアチニン値と年齢・性別からGFRを推算したもの。GFRは腎臓のなかにある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値であり、GFRが1分間に60ml未満の状態または尿たんぱくが3か月以上続くとCKD（慢性腎臓病：腎機能が慢性的に低下し、尿たんぱくが継続して出る状態）と診断される。
	2	医療費の三要素	医療費の比較には、医療費総額を被保険者数で割った1人当たり医療費を用いる。一人当たり医療費は以下の3つの要素に分解でき、これを医療費の三要素という。 受診率：被保険者千人当たりのレセプト件数 1件当たり日数：受診した日数/レセプト件数 一日当たり医療費：総医療費/受診した日数
	3	HDL-C	余分なコレステロールを回収して動脈硬化を抑える、善玉コレステロール。
	4	ALT	アミノ酸をつくり出す酵素で大部分が肝細胞に含まれている。肝臓の細胞が障害を受けるとALTが血液中に流れ出し血中濃度が上がるため、ALTの数値が高い場合は、肝臓の病気が疑われる。
	5	LDL-C	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる、悪玉コレステロール。
か行	6	拡張期血圧	血圧は一般的には動脈内部の圧力のことを指し、心臓の収縮に伴って大きく変動する。最小となる血圧は心臓が拡張したときの血圧で拡張期血圧と呼ばれる。
	7	虚血性心疾患	虚血性心疾患には、狭心症や心筋梗塞がある。狭心症は動脈硬化などによって心臓の血管（冠動脈）が狭くなり、血液の流れが悪くなった状態。一方、心筋梗塞は、動脈硬化によって心臓の血管に血栓（血液の固まり）ができて血管が詰まり、血液が流れなくなって心筋の細胞が壊れてしまう病気。
	8	空腹時血糖	血糖値は、血液に含まれるブドウ糖（グルコース）の濃度のこと、食前食後で変動する。空腹時血糖は食後10時間以上経過した時点での血糖値。
	9	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業務を通じて管理する「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」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業実施のサポートをすることを目的として構築されたシステム。
	10	血清クレアチニン	たんぱく質が分解・代謝されてできた老廃物。通常は尿とともに排泄されるが、腎機能が低下すると排泄できず血液中に増えていく。
	11	健康寿命	世界保健機関（WHO）が提唱した新しい指標で、平均寿命から寝たきりや認知症など介護状態の期間を差し引いた期間。
	12	後期高齢者医療制度	公的医療保険制度の1つで、75歳以上の人、そして65歳から74歳までで一定の障害の状態にあると後期高齢者医療広域連合から認定を受けた人が加入する医療保険。
	13	高血圧症	高血圧は、血圧が高いという病態。高血圧症とは、繰り返し測っても血圧が正常より高い場合をいう。
	14	後発医薬品 （ジェネリック医薬品）	先発医薬品の特許期間終了後に、先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が承認を行っているもの。
	15	高齢化率	全人口に占める65歳以上人口の割合。
さ行	16	脂質異常症	中性脂肪やコレステロールなどの脂質代謝に異常をきたした状態。
	17	疾病分類	世界保健機関（WHO）により公表されている「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」（略称、国際疾病分類：ICD）に準じて定めたものであり、社会保険の分野で疾病統計を作成する際の統一的基準として、広く用いられているもの。
	18	収縮期血圧	血圧は一般的には動脈内部の圧力のことを指し、心臓の収縮に伴って大きく変動する。最大となる血圧は心臓が収縮したときの血圧で収縮期血圧と呼ばれる。
	19	受診勧奨対象者	特定健診受診者のうち、医療機関の受診を促す基準として設定されている受診勧奨判定値を超える者。
	20	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり、機械で老廃物を取り除くこと。一般的に行われている「血液透析」は、患者の腕の血管から血液を取り出し、老廃物を除去する。



行	No.	用語	解説
	21	腎不全	腎臓のなかにある毛細血管の集合体で、血液を濾過する「糸球体」の網の目が詰まり、腎臓の機能が落ち、老廃物を十分排泄できなくなる状態。
	22	診療報酬明細書 (レセプト)	病院などが患者に対して治療を行った際、費用（医療費）を保険者に請求するときに使用する書類のこと。病院などは受診した患者ごとに毎月1枚作成する。
	23	生活習慣病	食事や運動・喫煙・飲酒・ストレスなどの生活習慣が原因で起こる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。日本人の3大死因であるがん・脳血管疾患・心疾患、さらに脳血管疾患や心疾患の危険因子となる動脈硬化症・糖尿病・高血圧症・脂質異常症などはいずれも生活習慣病であるとされている。
	24	積極的支援	腹囲とBMIから、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに2または3以上該当した者に対して実施する特定保健指導。65歳以上75歳未満の者については「積極的支援」の対象となった場合でも「動機付け支援」とする。
た行	25	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	26	動機付け支援	腹囲とBMIから、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに1または2つ該当した者に対して実施する特定保健指導。
	27	糖尿病	インスリンの作用不足により高血糖が慢性的に続く病気。網膜症・腎症・神経障害の三大合併症をしばしば伴う。
	28	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つ。高血糖状態が継続したことで腎臓の濾過装置である糸球体が障害され、腎機能の著しい低下を認める。一度低下した腎機能の回復は難しく、進行すると人工透析が必要となる場合も多い。
	29	特定健康診査	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、40歳～74歳の方を対象として、保険者が実施することになっている健診。メタボリックシンドロームの対策が目的の一つとなっているために、俗に「メタボ健診」といわれることもある。
	30	特定健康診査等実施計画	保険者が特定健診・特定保健指導の実施にあたって、その規模、加入者の年齢構成、保健事業の体制・人材等のリソース、地域的条件等を考慮し、あらかじめ実施率目標や実施方法を定めることで、事業を効率的・効果的に実施し、その実施状況の評価ができるよう、作成する計画。
	31	特定保健指導	特定健康診査の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援のこと。メタボリックシンドロームの人には「積極的支援」、その予備群には「動機付け支援」、それ以外の受診者には「情報提供」が行われる。
な行	32	日本再興戦略	平成25年6月に閣議決定された、規制緩和等によって、民間企業や個人が真の実力を発揮するための方策をまとめたものであり、日本経済を持続的成長に導く道筋を示す戦略。
	33	尿酸	細胞内の核に含まれるプリン体が分解される際に生じる老廃物。
	34	脳血管疾患	脳の動脈硬化が進み、脳の血管が詰まったり破れたりする病気の総称。
は行	35	BMI	体格指数の一つで、肥満度を表す指標として国際的に用いられている。肥満や低体重（やせ）の判定に用いられ、体重（kg）/身長（m） <sup>2</sup> で算出される。
	36	PDCAサイクル	「Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善）」という一連のプロセスを繰り返す行うことで、業務の改善や効率化を図る手法の一つ。
	37	標準化死亡比（SMR）	基準死亡率（人口10万対の死亡者数）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡者数と実際に観察された死亡者数を比較するもの。国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。
	38	標準化医療費	標準化死亡比（SMR）と同じ計算原理で年齢調整したうえでの対全国比（同年の全国＝100）
	39	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標の一つ。
	40	平均自立期間	要介護2以上を「不健康」と定義して、平均余命からこの不健康期間を除いたもので、0歳の人が要介護2の状態になるまでの期間。
	41	平均余命	ある年齢の人々が、その後何年生きられるかの期待値であり、本計画書では0歳での平均余命を示している。
	42	HbA1c	赤血球のなかにあるヘモグロビンにグルコース（血糖）が非酵素的に結合したものの。糖尿病の過去1～2か月のコントロール状態の評価を行ううえでの重要な指標。

行	No.	用語	解説
ま行	43	未治療者	特定健診受診者のうち、受診勧奨対象者かつ健診実施から6か月以内に医療機関を受診していない者。
	44	メタボリックシンドローム	内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態のこと。単に腹囲が大きいだけでは、メタボリックシンドロームには当てはまらない。
や行	45	有所見者	特定健診結果の医師の診断が、異常なし、要精密検査、要治療者等のうち異常なし以外の者。



大田区国民健康保険  
第3期 データヘルス計画

-----  
発行日 令和6年3月  
発行・編集 大田区区民部国保年金課