

# 山形市国民健康保険データヘルス計画(第3期データヘルス計画、第4期特定健康診査・特定保健指導実施計画)【概要版】

[ 計画期間: 令和6年度(2024年)～令和11年度(2029年) ]

## 1 基本的事項

データヘルス計画の目的	国民健康保険加入者(以下、国保加入者という。)の健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上、医療費の適正化を図り、健康寿命の延伸を達成することで、「健康医療先進都市」の実現を目指す。
他計画との位置づけ	本計画は、健康寿命の延伸を目指した、食事(S)、運動(U)、休養(K)、社会(S)、禁煙・受動喫煙防止(K)に留意する「SUKSK(スクスク)生活」を提唱する、健康づくり計画の「山形市健康づくり21」と連携して事業を推進する。また、高齢者保健事業の実施計画及び国民健康保険運営方針との整合を図り、各計画における関連事項及び関連目標を踏まえ、データヘルス計画において推進、強化する取組等について検討する。
計画の評価	設定した計画の評価指標に基づき、KDBシステム等を活用し、最終年度に計画全体の評価を実施する。また、中間年度となる令和8年度に中間評価を実施する。
個別事業の評価	設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、KDBシステム等を活用し、毎年度、評価を実施し、必要に応じて保健事業の実施内容等の見直しを行う。
データヘルス計画の構成	<p>国保加入者の健康課題について、保健事業における介入により予防可能な疾患に着目し、次の生活習慣病の進行イメージをもとに、目標となる評価指標を設定する。さらに目標達成のために、取り組むべき保健事業を設定するとともに、各事業ごとに評価指標を設定する。</p> <p>【生活習慣病の進行イメージ】</p> <p style="text-align: center;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">不健康な生活習慣</span> <span style="font-size: 2em; margin: 0 5px;">▶</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">生活習慣病予備群、メタボリックシンドローム</span> <span style="font-size: 2em; margin: 0 5px;">▶</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">生活習慣病</span> <span style="font-size: 2em; margin: 0 5px;">▶</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">生活習慣病重症化、死亡・介護</span> </p>

## 2 健康課題の整理とデータヘルス計画の目標

現状と課題	第3期データヘルス計画の目標	目標を達成するために取り組むべき保健事業(各事業の詳細は裏面参照)																																																																														
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>評価指標</th> <th>策定時の実績値(R4)</th> <th>最終目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">長期指標</td> <td>虚血性心疾患の入院レセプト件数</td> <td>3.3件/千人</td> <td>2.4件/千人</td> </tr> <tr> <td>脳血管疾患の入院レセプト件数</td> <td>9.7件/千人</td> <td>8.8件/千人</td> </tr> <tr> <td>年間新規透析導入患者数</td> <td>32人</td> <td>29人</td> </tr> <tr> <td>平均自立期間</td> <td>男 81.1年 女 84.3年</td> <td>平均余命の増加分を上回る平均自立期間の増加</td> </tr> <tr> <td rowspan="6">中期指標</td> <td>特定健診受診者の内</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>  HbA1c 8.0%以上の人割合</td> <td>1.4%</td> <td>1.4%</td> </tr> <tr> <td>  HbA1c 6.5%以上の人割合</td> <td>11.1%</td> <td>9.0%</td> </tr> <tr> <td>  血圧がI度高血圧以上の人割合</td> <td>29.3%</td> <td>27.2%</td> </tr> <tr> <td>  LDL-Cが140mg/dl以上の人割合</td> <td>25.5%</td> <td>23.4%</td> </tr> <tr> <td>特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率</td> <td>21.6%</td> <td>22.2%</td> </tr> <tr> <td rowspan="10">短期指標</td> <td>特定健診受診者の内</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>  メタボ該当者および予備群該当者の割合</td> <td>25.6%</td> <td>25.0%</td> </tr> <tr> <td>  特定健診受診者の内</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>    HbA1cが6.5%以上で服薬なしの人割合</td> <td>36.0%</td> <td>33.9%</td> </tr> <tr> <td>    血圧がI度高血圧以上で服薬なしの人割合</td> <td>44.4%</td> <td>42.3%</td> </tr> <tr> <td>    LDL-Cが140mg/dl以上で服薬なしの人割合</td> <td>77.1%</td> <td>75.0%</td> </tr> <tr> <td>特定保健指導実施率</td> <td>29.7%</td> <td>60.0%</td> </tr> <tr> <td>特定健診実施率</td> <td>43.5%</td> <td>60.0%</td> </tr> <tr> <td>特定健診受診者の内</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>  1日1時間以上運動なしの回答割合</td> <td>71.3%</td> <td>65.0%</td> </tr> <tr> <td>重複処方該当者数(対被保険者1万人)</td> <td>76人</td> <td>70人</td> </tr> <tr> <td>多剤処方該当者数(対被保険者1万人)</td> <td>20人</td> <td>14人</td> </tr> <tr> <td>後発医薬品の使用状況の割合(9月診療分)</td> <td>82.8%</td> <td>87.0%</td> </tr> <tr> <td>一人当たり月額平均医療費変化率(前年度比)</td> <td>2.1%</td> <td>2.1%</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	策定時の実績値(R4)	最終目標値	長期指標	虚血性心疾患の入院レセプト件数	3.3件/千人	2.4件/千人	脳血管疾患の入院レセプト件数	9.7件/千人	8.8件/千人	年間新規透析導入患者数	32人	29人	平均自立期間	男 81.1年 女 84.3年	平均余命の増加分を上回る平均自立期間の増加	中期指標	特定健診受診者の内			HbA1c 8.0%以上の人割合	1.4%	1.4%	HbA1c 6.5%以上の人割合	11.1%	9.0%	血圧がI度高血圧以上の人割合	29.3%	27.2%	LDL-Cが140mg/dl以上の人割合	25.5%	23.4%	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	21.6%	22.2%	短期指標	特定健診受診者の内			メタボ該当者および予備群該当者の割合	25.6%	25.0%	特定健診受診者の内			HbA1cが6.5%以上で服薬なしの人割合	36.0%	33.9%	血圧がI度高血圧以上で服薬なしの人割合	44.4%	42.3%	LDL-Cが140mg/dl以上で服薬なしの人割合	77.1%	75.0%	特定保健指導実施率	29.7%	60.0%	特定健診実施率	43.5%	60.0%	特定健診受診者の内			1日1時間以上運動なしの回答割合	71.3%	65.0%	重複処方該当者数(対被保険者1万人)	76人	70人	多剤処方該当者数(対被保険者1万人)	20人	14人	後発医薬品の使用状況の割合(9月診療分)	82.8%	87.0%	一人当たり月額平均医療費変化率(前年度比)	2.1%	2.1%	<p>【生活習慣病重症化予防対策】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 特定健診受診促進事業</li> <li>② 特定保健指導利用促進事業</li> <li>③ 生活習慣病重症化予防事業</li> <li>④ 糖尿病および慢性腎臓病重症化予防事業</li> <li>⑤ 糖尿病治療中断者に対する医療機関受診勧奨事業</li> <li>⑥ 人工透析導入ハイリスク者に対する保健指導</li> <li>⑦ かかりつけ医からの依頼による保健指導</li> </ol> <p>【医療費適正化対策】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 重複多剤服薬対策事業</li> <li>② ジェネリック医薬品普及促進事業</li> </ol>
評価指標	策定時の実績値(R4)	最終目標値																																																																														
長期指標	虚血性心疾患の入院レセプト件数	3.3件/千人	2.4件/千人																																																																													
	脳血管疾患の入院レセプト件数	9.7件/千人	8.8件/千人																																																																													
	年間新規透析導入患者数	32人	29人																																																																													
	平均自立期間	男 81.1年 女 84.3年	平均余命の増加分を上回る平均自立期間の増加																																																																													
中期指標	特定健診受診者の内																																																																															
	HbA1c 8.0%以上の人割合	1.4%	1.4%																																																																													
	HbA1c 6.5%以上の人割合	11.1%	9.0%																																																																													
	血圧がI度高血圧以上の人割合	29.3%	27.2%																																																																													
	LDL-Cが140mg/dl以上の人割合	25.5%	23.4%																																																																													
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	21.6%	22.2%																																																																													
短期指標	特定健診受診者の内																																																																															
	メタボ該当者および予備群該当者の割合	25.6%	25.0%																																																																													
	特定健診受診者の内																																																																															
	HbA1cが6.5%以上で服薬なしの人割合	36.0%	33.9%																																																																													
	血圧がI度高血圧以上で服薬なしの人割合	44.4%	42.3%																																																																													
	LDL-Cが140mg/dl以上で服薬なしの人割合	77.1%	75.0%																																																																													
	特定保健指導実施率	29.7%	60.0%																																																																													
	特定健診実施率	43.5%	60.0%																																																																													
	特定健診受診者の内																																																																															
	1日1時間以上運動なしの回答割合	71.3%	65.0%																																																																													
重複処方該当者数(対被保険者1万人)	76人	70人																																																																														
多剤処方該当者数(対被保険者1万人)	20人	14人																																																																														
後発医薬品の使用状況の割合(9月診療分)	82.8%	87.0%																																																																														
一人当たり月額平均医療費変化率(前年度比)	2.1%	2.1%																																																																														
<p><b>① 重症化予防</b></p> <p>生活習慣病に由来する予防可能な重篤疾患である、虚血性心疾患・脳血管疾患・腎不全はいずれも死因の上位に位置している。また、これらの重篤な疾患の原因となる糖尿病・高血圧・脂質異常症の外来の千人当たりのレセプト件数を見ると、いずれの疾患も国と比較して多い傾向がある。重篤な疾患の発症を防ぐために、特定健診受診者の増加と、特定健診受診者で、受診勧奨判定値を超えた方の医療機関受診を促進し、適切な治療につなげることが必要である。</p>	▶																																																																															
<p><b>② 生活習慣病発症予防・保健指導</b></p> <p>特定健診受診者の、メタボ該当者および予備群該当者の割合は横ばいで推移している。また特定保健指導実施率は国より高い状況だが、目標値には達していない。生活習慣病の要因となりうる、メタボ該当者・予備群該当者の悪化を防止するために、特定保健指導実施率の維持・向上が必要である。</p>	▶																																																																															
<p><b>③ 早期発見・特定健診</b></p> <p>特定健診実施率は国と比べて高い一方で、特定健診対象者の内、約2割が健診未受診者かつ生活習慣病の治療を受けていない健康状態が不明の状態にあり、本来医療機関受診勧奨や特定保健指導による介入が必要な人が特定健診で捉えられていない可能性が考えられる。生活習慣病の早期発見のために、特定健診実施率の向上が必要である。</p>	▶																																																																															
<p><b>④ 健康づくり</b></p> <p>特定健診受診者における質問票の回答から、運動習慣の改善が必要と思われる人の割合が高くなっている。生活習慣病の発症と重症化を防ぐために、山形市健康ポイント事業SUKSK(スクスク)と連携し運動習慣の改善を図り、健康づくりを推進することが必要である。</p>	▶																																																																															
<p><b>⑤ 社会環境・体制整備</b></p> <p>重複服薬者・多剤服薬者を見ると、医療費適正化・健康増進の観点で服薬を適正化すべき人が一定数存在する可能性があり、服薬の適正化が必要である。また、一人当たりの医療費が徐々に増加していることから、ジェネリック医薬品普及の取組を継続することが必要である。</p>	▶																																																																															

### 3 保健事業の内容

#### 1.生活習慣病重症化予防対策

<b>① 特定健診受診促進事業【継続】</b>	
対象者	40歳～74歳の国保加入者。
事業概要	過去の健診受診歴等を分析し、グループ分けしたうえで、それぞれのグループに合わせた内容の資料を送付することによる特定健診受診勧奨。
<b>② 特定保健指導利用促進事業【継続】</b>	
対象者	特定保健指導対象者で未利用の方。
事業概要	特定保健指導未利用の方に対して、再度案内文書を通し、その後電話による勧奨を実施する。
<b>③ 生活習慣病重症化予防事業(要治療者に対する受診勧奨事業)【継続】</b>	
対象者	特定健診の結果、「血圧」「脂質」「血糖」に関するいずれかの項目が要治療かつ服薬なしであって、医療機関の受診が確認できない方。
事業概要	文書の通知による受診勧奨を行い、医療機関への受診を促す。また、通知後保健指導が必要な方に対しては電話または訪問による生活習慣改善の指導を行う。
<b>④ 糖尿病および慢性腎臓病(CKD)重症化予防事業(健診後受診勧奨事業)【継続】</b>	
対象者	特定健診の結果、次の①又は②に該当する方。 ① 空腹時血糖 126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上又はHbA1c6.5%で、次のア又はイに該当する方。 ア. eGFR 60ml/分/1.73 m <sup>2</sup> 未満 イ. 尿蛋白 陽性(+)以上 ② eGFR 45ml/分/1.73 m <sup>2</sup> 未満の方。
事業概要	健診結果送付時に診察結果回報書(以下、回報書)を発行し、その後医療機関受診が確認できない方に対して受診勧奨と必要な保健指導を行う。
<b>⑤ 糖尿病治療中断者に対する医療機関受診勧奨事業【継続】</b>	
対象者	過去5年間に糖尿病名(確定のみ)があるレセプトが発生している方で、直近6か月以上糖尿病の病名及び糖尿病治療薬が発生していない方のうち、指導が必要と判断された方。
事業概要	受診勧奨通知文書の送付。通知文書送付後、電話または訪問等により状況を確認・保健指導を実施する。
<b>⑥ 人工透析導入ハイリスク者に対する保健指導【新規】</b>	
対象者	過去の特定健診の結果、5年以内に人工透析に移行する可能性のある方(特定健診のeGFRの結果から、今後のeGFRの推移を予測し、5年以内に「eGFR=10」に到達すると予測される方)。
事業概要	受診勧奨通知文書の送付。通知文書送付後、電話または訪問等により状況を確認・保健指導を実施する。
<b>⑦ かかりつけ医からの依頼による保健指導【継続】</b>	
対象者	糖尿病等の治療中の患者で、重症化のリスクが高い方の中から、保健指導が必要と医師が判断した方。
事業概要	かかりつけ医より依頼のあった対象者について、医師の指示に基づいた保健指導を保健師または管理栄養士が実施する。実施後はかかりつけ医に対して報告書を提出する。

#### 2.医療費適正化対策

<b>① 重複多剤服薬対策事業【見直し継続】</b>	
対象者	重複または多剤服薬の恐れがあり、指導を要すると認める方。
事業概要	通知文書を送付し、その後電話または訪問等により状況を確認・指導を実施する。
<b>② ジェネリック医薬品普及促進事業【継続】</b>	
対象者	ジェネリック医薬品に切り替え可能な新薬を使用している国保加入者。
事業概要	年3回、100円以上の自己負担額の削減が見込まれる場合、その差額通知を送付する。

### 4 第4期特定健康診査・特定保健指導実施計画

#### 1山形市の目標値

	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
特定健診実施率	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
特定保健指導実施率	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%

#### (1)特定健康診査

##### ①実施目的・対象者

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方を的確に抽出するために行う。  
対象者は、山形市国保加入者で、当該年度に40歳から74歳となる人を実施する。

##### ②実施期間・実施場所

- ア. 集団健診・・・4月から2月にかけて実施・・・公民館、健診センター等の会場で実施
- イ. 個別健診・・・4月から3月にかけて実施・・・直接医療機関で実施
- ウ. 一括健診・・・4月から3月にかけて実施  
(ミニドック) 特定健診の健診項目と市のがん検診に詳細な健診項目を併せて実施  
※健診は、医療機関、健診機関等へ委託して実施する。

##### ③実施項目

	項目
基本的な健診項目	・診察(既往歴(服薬歴、喫煙歴を含む)、自覚症状)・身体計測(身長、体重、腹囲、BMI)・血圧 ・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)) ・肝機能検査(AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GT(γ-GTP)) ・血糖検査(HbA1c、空腹時血糖、やむを得ない場合には随時血糖)・尿検査(尿糖、尿蛋白)
詳細な健診項目	・心電図検査・眼底検査・貧血検査(赤血球数・血色素量・ヘマトクリット値) ・血清クレアチニン検査、e-GFRによる腎機能評価

#### (2)特定保健指導

##### ①実施目的

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。  
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を実施する。

##### ②対象者

特定健診受診の結果、特定保健指導の該当基準を満たした方。

##### ③実施期間

特定保健指導は通年実施する。

##### ④実施内容

###### ア. 動機付け支援

個別または集団による初回面接を行い、特定健診の結果と対象者の生活習慣を踏まえた支援及び行動計画を作成し、初回面接から3か月以上経過後に計画の達成度、身体状況や生活習慣に変化がみられたかについての評価を行う。

###### イ. 積極的支援

個別または集団による初回面接を行い、特定健診の結果と対象者の生活習慣を踏まえた支援及び行動計画を作成し、初回面接から3か月以上の継続的な支援を行うとともに、その後計画の達成度、身体状況や生活習慣に変化がみられたかについての評価を行う。

※特定保健指導は、健診機関等へ委託して実施する。