

第3期高松市データヘルス計画
令和6年度～令和11年度

令和6年3月
高松市

目次

第1章 基本的事項	1
1 背景	1
2 目的	1
3 計画の位置付け	2
4 標準化の推進	2
5 計画期間	2
6 実施体制・関係者連携	3
第2章 現状の整理	4
1 本市の特性	4
2 前期計画等に係る考察	6
3 保険者努力支援制度の得点状況	16
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	18
1 死亡の状況	19
2 介護の状況	21
3 医療の状況	23
4 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況	37
5 高齢者の状況	49
6 その他の状況	53
7 健康課題の整理	56
第4章 本計画の目的・目標	63
1 重点課題及び計画全体の目的	63
2 重点課題別の目標設定	64
3 目的・目標を達成するための戦略	65
第5章 保健事業等の取組	66
1 保健事業の展開	66
2 その他の取組	104
第6章 第4期高松市特定健康診査等実施計画	108
1 実施計画の基本的事項	108
2 第3期実施計画における目標達成状況	109
3 本実施計画における目標	111
4 特定健診・特定保健指導の実施方法	113
5 その他	117
第7章 計画の推進等	118
1 計画の評価・見直し	118
2 計画の公表・周知	118
3 個人情報への取扱い	119
4 地域包括ケアシステムの深化・推進に資する取組	119
参考資料 用語集	120
本計画における指標一覧	123
香川県標準指標一覧	126

第1章 基本的事項

1 背景

我が国では、平成25年6月14日に閣議決定された「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。」ことが示されました。

また、本市においては、増大する国民健康保険及び介護保険に係る保険給付費の適正化を図るため、同年12月に「高松市国民健康保険及び介護保険の保険給付費適正化画」を策定しました。

その後、「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」(平成16年厚生労働省告示第307号)の一部改正により、保険者等は、「健康・医療情報(健康診査の結果やレセプト等から得られる情報)を活用して実施計画(以下「データヘルス計画」という。)を策定し、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及び評価等を行うこととなりました。これを受けて、本市においては、平成28年3月には「第2期高松市国民健康保険及び介護保険の保険給付費適正化計画」に包含した「高松市データヘルス計画」を、平成30年3月には「第2期高松市データヘルス計画(国民健康保険及び介護保険の保険給付費適正化計画)」を策定し、健康寿命の延伸と生活の質(QOL)の向上、及び保険給付費の適正化を図ることを目的とし、健康づくりや介護予防の取組を推進してきました。

この間、国民健康保険制度においては、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となるなどの制度改正が行われたほか、令和2年度からは高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を推進するための枠組みが構築され、人生100年時代を迎えた疾病予防・健康づくりが強化されました。

さらに、令和2年初頭以降、国内で新型コロナウイルス感染症の感染が拡大する中、令和2年7月17日に閣議決定された「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、令和4年12月には、経済財政諮問会議による「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当たり、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の設定を推進する」ことが示されました。

本市では、こうした背景を踏まえ、「第2期高松市データヘルス計画」の評価等を行うとともに、国から示されている「国民健康保険保健事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引き」(令和5年5月18日改正。以下「策定の手引き」という。)に基づき、また、香川県内における国民健康保険料水準の統一に向けた検討状況等にも留意しながら、「第3期高松市データヘルス計画」(以下「本計画」という。)を策定するものです。

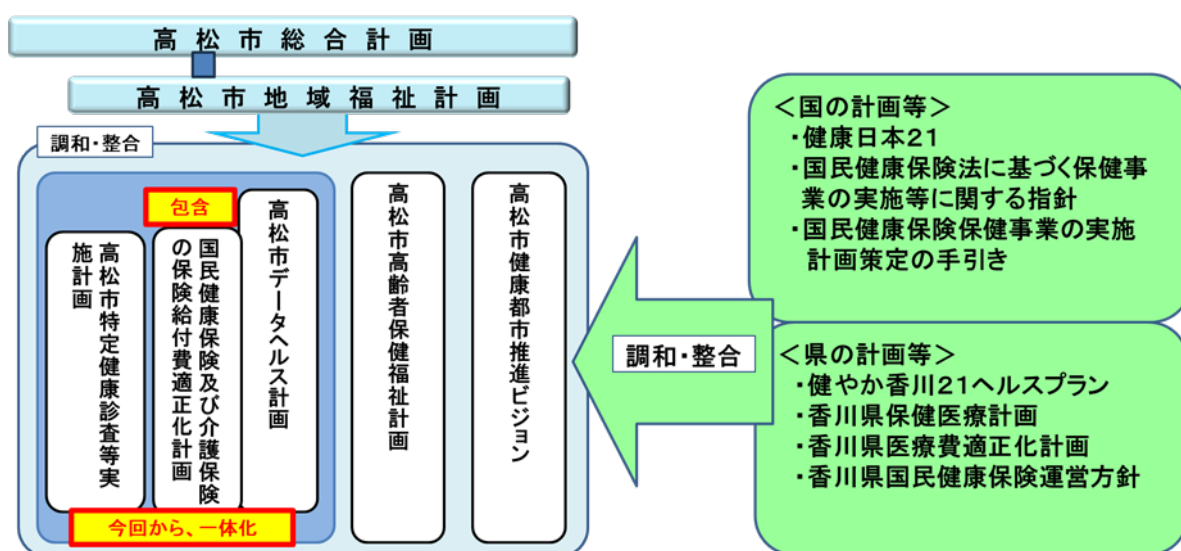
2 目的

健康寿命の延伸と生活の質(QOL)の向上、その結果として国民健康保険及び介護保険

の保険給付費の適正化を図ることを目的とし、健康づくりや介護予防の取組を推進するものです。

3 計画の位置付け

本計画は、「第4期高松市国民健康保険及び介護保険の保険給付費適正化計画」及び「第4期高松市特定健康診査等実施計画」と一体化し、健康増進法(平成14年法律第103号)に基づく「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」に示された内容を踏まえ、「高松市総合計画」及び「高松市地域福祉計画」を上位計画として、「高松市健康都市推進ビジョン」、「高松市高齢者保健福祉計画」等、関連する本市諸計画を始め、「健やか香川21ヘルスプラン(香川県健康増進計画)」、「香川県医療費適正化計画」、「香川県国民健康保険運営方針」等の国及び香川県の関連計画等とも調和・整合性を図ります。



4 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ます。

このため、本市では、策定の手引き及び香川県国民健康保険運営方針等に基づき、可能な範囲で、個別保健事業や評価指標の統一化に取り組むことにより、香川県内での保健事業の標準化に協力します。

5 計画期間

本計画の計画期間は、策定の手引きに基づき、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

6 実施体制・関係者連携

本市では、国保・高齢者医療課が事務局となり、庁内に設置している「高松市保険給付費適正化プロジェクトチーム」(以下「プロジェクトチーム」という。)が中心となって、関係部局間での情報交換や相互の連携を図り、現状の課題や評価を共有した上で、本計画を策定します。

また、策定後は、各担当課が本計画に基づく効果的・効率的な保健事業を実施するとともに、プロジェクトチームが中心となって、個別の保健事業や評価指標の進捗状況を基に本計画の進行管理を行い、必要に応じて、計画の見直しを行います。

なお、策定段階、計画期間中のいずれにおいても、有識者や医療関係者、被保険者、被用者保険者等が議論に参画できる協議の場として、高松市国民健康保険運営協議会を活用するとともに、香川県や香川県国民健康保険連合会(保健事業支援・評価委員会)とも積極的に情報共有を行うこと等により、保険者、被保険者、各種関係機関との連携・協力を図ります。

第2章 現状の整理

1 本市の特性

(1)人口動態

本市における令和4年度の人口は419,628人であり、令和元年度の424,993人から、5,000人以上減少しています。

また、令和4年度の高齢化率(65歳以上)は28.5%と、令和元年度の27.8%から、0.7ポイント上昇していますが、県平均・全国平均を下回っています。〈表2-1-1-1〉

〈表2-1-1-1:人口の変化と高齢化率〉

	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	164,577人	38.7%	162,654人	38.3%	159,911人	37.9%	157,706人	37.6%
40～64歳	142,087人	33.4%	142,284人	33.5%	142,090人	33.7%	142,169人	33.9%
65～74歳	58,789人	13.8%	59,635人	14.1%	58,326人	13.8%	55,033人	13.1%
75歳以上	59,540人	14.0%	59,685人	14.1%	61,632人	14.6%	64,720人	15.4%
合計	424,993人	—	424,258人	—	421,959人	—	419,628人	—
本市の高齢化率	27.8%		28.1%		28.4%		28.5%	
香川県の高齢化率	30.7%		31.1%		31.5%		31.6%	
全国の高齢化率	27.9%		28.2%		28.5%		28.6%	

【出典】住民基本台帳(令和元年度から令和4年度)

※本市に係る数値は、各年度の3月末時点の人口を使用し、国及び県に係る数値は、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)。

(2)平均寿命・健康寿命

本市における男女別の平均寿命をみると、男性は81.3年、女性は87.3年で、いずれも県平均・全国平均を上回っています。

次に、男女別の健康寿命をみると、男性の健康寿命は79.7年で、県平均・全国平均を下回っています。女性の健康寿命は83.9年で、男性と同様に、県平均・全国平均を下回っています。〈表2-1-2-1〉

また、平均寿命と健康寿命の差の推移をみると、男性・女性とも令和元年度以降、ほぼ横ばいで推移しています。〈表2-1-2-2〉※健康寿命:0歳の人が必要介護2の状態になるまでの期間を指す。

〈表2-1-2-1:平均寿命・健康寿命〉

	男性			女性		
	平均寿命	健康寿命	差	平均寿命	健康寿命	差
本市	81.3年	79.7年	1.6年	87.3年	83.9年	3.4年
県	80.9年	79.9年	1.0年	87.2年	84.1年	3.1年
国	80.8年	80.1年	0.7年	87.0年	84.4年	2.6年

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

※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2-1-2-2: 平均寿命と健康寿命の推移>

	男性			女性		
	平均寿命	健康寿命	差	平均寿命	健康寿命	差
令和元年度	81.3年	79.9年	1.4年	87.3年	83.9年	3.4年
令和2年度	81.3年	79.8年	1.5年	87.3年	83.8年	3.5年
令和3年度	81.3年	80.1年	1.2年	87.3年	83.7年	3.6年
令和4年度	81.3年	79.7年	1.6年	87.3年	83.9年	3.4年

【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

(3) 産業構成

本市における産業構成の割合をみると、第三次産業比率が76.8%と、県平均・全国平均を上回っています。<表2-1-3-1>

<表2-1-3-1: 産業構成>

	本市	県	国
一次産業	2.8%	5.4%	4.0%
二次産業	20.4%	25.9%	25.0%
三次産業	76.8%	68.7%	71.0%

※KDBシステムでは国勢調査をもとに集計している。

(4) 医療サービス(病院数・診療所数・病床数・医師数)

本市における被保険者千人当たりの医療サービスの状況をみると、病床数が74.8床等、多くの項目で県平均・全国平均を上回っています。<表2-1-4-1>

<表2-1-4-1: 医療サービスの状況>

	本市	県	国
被保険者千人当たり病院数	0.4	0.4	0.3
被保険者千人当たり診療所数	5.3	4.2	3.6
被保険者千人当たり病床数	74.8	71.3	53.4
被保険者千人当たり医師数	16.6	14.6	12.0

【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・医師数を毎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。

(5)被保険者構成

本市における被保険者構成をみると、令和4年度における国民健康保険(以下「国保」という。)の加入者数は73,620人で、令和元年度の81,063人から7,000人以上減少しています。

このうち、65歳以上の被保険者の割合は48.0%で、令和元年度の48.1%から0.1ポイント減少しています。

なお、本市全体の人口に占める国保加入者の割合は17.5%で、県平均・全国平均を下回っています。〈表2-1-5-1〉

〈表2-1-5-1:被保険者構成〉

	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	17,664人	21.8%	16,919人	21.2%	16,177人	20.9%	15,810人	21.5%
40～64歳	24,397人	30.1%	23,709人	29.7%	23,062人	29.8%	22,491人	30.6%
65～74歳	39,002人	48.1%	39,152人	49.1%	38,196人	49.3%	35,319人	48.0%
国保加入者数	81,063人	100.0%	79,780人	100.0%	77,435人	100.0%	73,620人	100.0%
高松市_総人口	424,993人		424,258人		421,959人		419,628人	
本市の国保加入率	19.1%		18.8%		18.4%		17.5%	
県内の国保加入率	20.2%		20.1%		19.6%		18.8%	
全国の国保加入率	21.3%		21.0%		20.5%		19.7%	

【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帳票における年度毎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。

2 前期計画等に係る考察

(1)分野別評価統括表

ア 目標に係る評価指標の仮評価

○目標数:13、評価指標数:17

○評価指標の達成状況:「4」又は「5」の評価は12指標(70.6%)

分野	目標数	評価指標数	評価(目標の数:17)					対象外
			5	4	3	2	1	
国民健康保険に関する目標	6	8	3	4	1	0	0	0
介護保険に関する目標	4	4	2	2	0	0	0	0
共通の目標	3	5	0	1	0	2	0	2
計	13	17	5	7	1	2	0	2

イ 事業に係る評価指標の仮評価

○事業数:24、評価指標数:40

○評価指標の達成状況:「4」又は「5」の評価は21指標(52.5%)

分野	目標数	評価指標数	評価(目標の数:17)					
			5	4	3	2	1	対象外
国民健康保険に関する目標	14	28	5	10	7	1	4	1
介護保険に関する目標	5	6	1	2	2	1	0	0
共通の目標	5	6	3	0	1	0	2	0
計	24	40	9	12	10	2	6	1

(2) 目標の達成状況と課題

ア 国民健康保険に関する目標及び事業

(ア) 目標1

○ 目標1に係る評価指標の仮評価

評価指標		特定健診受診者のうち、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合							評価
評価時期		H28 (基準値)	H30	R元	R2	R3	R4	R5	
男性	目標値	—	48.3%	46.4%	44.6%	42.8%	41.1%	39.5%	3
	実績値	50.3%	53.0%	52.9%	55.9%	55.6%	(速)55.5%	—	
女性	目標値	—	16.5%	15.8%	15.2%	14.6%	14.0%	13.4%	4
	実績値	17.2%	18.7%	18.3%	19.6%	19.2%	(速)18.9%	—	

事業:(1)・(2)・(3)・(4)

資料: 特定健診・特定保健指導実施結果総括表

※(速)は、現時点で令和4年度評価ができないため、速報値を用いたもの。

○ 目標1に属する事業に係る評価指標の仮評価

	事業	指標	H28 (基準値)	R4 目標値	R4 実績値	評価
(1)	特定健診	特定健診受診率	42.9%	60.0%	42.3% (速)	3
(2)	特定健診未受診者受診勧奨事業	特定健診受診率(再掲)**	42.9%	60.0%	42.3% (速)	3
(3)	特定保健指導	特定保健指導実施率	35.3%	60.0%	24.3% (速)	1
		特定保健指導対象者の減少率	21.7%	23.9% (R3)	18.9% (R3)	4
(4)	健康ポイント事業【廃止】	特定健診受診率(再掲)	42.9%	60.0%	42.3% (速)	3

※(速)は、現時点で令和4年度評価ができないため、速報値を用いたもの。

※(R3)は、現時点で令和4年度評価ができないため、3年度評価を仮評価としている。

** 中間評価により、R2～指標見直し。

○ 目標1に係る現状と課題の把握

目標1の、「特定健診受診者のうち、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合」のうち、女性については、おおむね目標値を達成できているものの、男性については、目標値を下回っています。

生活習慣病の発症又は重症化を予防する観点から、今後とも、特定健康診査の受診率の向上を図るとともに、コロナ禍の影響を受けて低下した特定保健指導実施率の回復を図る必要があります。

(イ)目標2～4

○目標2に係る評価指標の仮評価

評価指標	特定健診受診者のうち、HbA1c値が8.0%以上の人の割合							
評価時期	H28 (基準値)	H30	R元	R2	R3	R4	R5	評価
目標値	—	1.1%	1.1%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	5
実績値	1.1%	1.1%	1.1%	1.3%	1.1%	1.0%	—	

事業:(5)・(6)・(7)

資料:平成29年度まで 00370015_eGFR算定リスト

平成30年度以降 KDBシステム(保健事業介入支援管理)

○目標2に属する事業に係る評価指標の仮評価

	事業	指標	H28 (基準値)	R4 目標値	R4 実績値	評価
(5)	糖尿病予防教室	糖尿病予防教室参加率	6.0%	6.4%	4.6%	3
		教室参加者の次年度特定健診の結果、HbA1c値が6.5%以上の人の割合	1.8%	1.5% (R3)	0.0% (R3)	5
(6)	糖尿病要医療受診勧奨推進事業	対象者の医療機関受診率	70.1%	72.5%	59.0%	3
		対象者の次年度特定健診の結果、HbA1c値が8.0%以上の人の割合	2.3%	1.5% (R3)	6.3% (R3)	4
(7)	糖尿病治療中断者再受診勧奨事業	対象者の医療機関受診率	80.0%	82.5%	37.5%	1
		対象者の次年度特定健診の結果、HbA1c値が8.0%以上の人の割合	14.3%	5.5% (R3)	50.0% (R3)	1

※(R3)は、現時点で令和4年度評価ができないため、3年度評価を仮評価としている。

○目標3に係る評価指標の仮評価

評価指標	特定健診受診者のうち、eGFR値が60ml/min/1.73m ² 未満、又は尿蛋白(+)以上の人の割合							
評価時期	H28 (基準値)	H30	R元	R2	R3	R4	R5	評価
目標値	—	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	4
実績値	18.7%	25.2%	23.3%	23.7%	25.5%	27.8%	—	

事業:(8)・(9)

資料:KDBシステム(保健事業介入支援管理)

○目標3に属する事業に係る評価指標の仮評価

	事業	指標	H28 (基準値)	R4 目標値	R4 実績値	評価
(8)	CKD予防対策 (保健指導)	CKD予防教室参加率	24.7%	25.0%	16.1%	2
		教室参加者の次年度特定 健診の結果、eGFR値が45 ml/min/1.73m ² 未満又は尿 蛋白(++)以上の人の割合**	—	7.3%	—	対象外
(9)	CKD予防対策 (受診勧奨)	受診勧奨実施者の医療機 関受診率	56.6%	60.0%	97.6%	5

** 中間評価により、R2～指標見直し

○目標4に係る評価指標の仮評価

評価指標	人工透析患者数(40歳以上75歳未満)							
評価時期	H28 (基準値)	H30	R元	R2	R3	R4	R5	評価
目標値	—	360人	360人	360人	360人	360人	360人	5
実績値	373人	365人	373人	361人	387人	358人	—	

事業:(5)・(6)・(7)・(8)・(9)・(10)

資料:KDBシステム厚生労働省様式3-7(各年度末時点)

○目標4に属する事業に係る評価指標の仮評価

	事業	指標	H28 (基準値)	R4 目標値	R4 実績値	評価
(10)	糖尿病性腎症重症化予防	個別の保健指導実施率	96.7% (H29)	100.0%	95.0%	4

○目標2～4に係る現状と課題の把握

目標2～4の、腎機能及び人工透析に関する目標については、おおむね目標値を達成できています。

糖尿病性腎症重症化予防対策は、国及び県において優先されるべき健康課題として、香川県において「香川県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」が策定されていることから、低い評価となっている個別事業の(7)糖尿病治療中断者再受診勧奨事業及び(8)CKD予防対策(保健指導)については、同プログラムとの整合性に留意しながら、効果的な事業手法を検討する必要があります。

(ウ)目標5～6

○目標5に係る評価指標の仮評価

評価指標	がんの年齢調整死亡率(75歳未満)(対10万人)*							
評価時期	H28 (基準値)	H30	R元	R2	R3	R4	R5	評価
男性	目標値	—	90.7	75.0	75.0	75.0	75.0	4
	実績値	91.0	84.6	83.0	85.3	83.9	—	4

女性	目標値	—	49.9	49.9	49.9	49.9	49.9	49.9	5
	実績値	50.2	56.8	55.5	70.5	47.6	—	—	

事業:(11)

資料:人口動態調査

* 中間評価により、R元～目標値見直し

○目標5に属する事業に係る評価指標の仮評価

	事業	指標	H28 (基準値)	R4 目標値	R4 実績値	評価	
(11)	がん検診	がん検診受診率 ***	胃がん	43.3%	60.0%	53.4%	4
			大腸がん	47.6%	60.0%	55.1%	4
			肺がん	50.8%	60.0%	59.7%	4
			子宮頸がん	51.8%	60.0%	63.3%	5
			乳がん	59.9%	60.0%	61.0%	5
		精密検査受診率	胃がん	94.9%	95.0%	(速)91.5%	4
			大腸がん	66.4%	90.0%	(速)71.8%	3
			肺がん	95.3%	95.0%	(速)91.5%	4
			子宮頸がん	80.4%	90.0%	(速)86.1%	4
			乳がん	97.2%	90.0%	(速)96.7%	5

※(速)は、現時点で令和4年度評価ができないため、速報値を用いたもの。

* * * 中間評価により、R3～目標値見直し

○目標6に係る評価指標の仮評価

評価指標	国民健康保険被保険者一人当たりの保険給付費							評価
評価時期	H28 (基準値)	H30	R元	R2	R3	R4	R5	4
目標値	—	—	384,000円	—	—	—	427,000円	
実績値	347,014円	369,981円	379,355円	369,400円	300,770円	397,386円	—	

事業:(1)・(2)・(3)・(4)・(5)・(6)・(7)・(8)・(9)・(10)・(11)・(12)・(13)・(14)・(20)・(21)・(22)・(23)・(24)

資料:国保・高齢者医療課資料

*評価年度及び目標値は、第6次高松市総合計画に準じています。

○目標6に属する事業に係る評価指標の仮評価

	事業	指標	H28 (基準値)	R4 目標値	R4 実績値	評価
(12)	ジェネリック医薬品の使用促進事業	ジェネリック医薬品の使用率	66.3%	80.0%	77.7%	4
(13)	重複・頻回受診対策事業	1か月当たり3医療機関以上かつ15日以上受診した人数**	—	30人	73人	1
(14)	重複・多剤服薬者対策事業	1か月当たり6種類以上かつ90日以上処方があった人数**	—	500人	608人	3

* * 中間評価により、R2～指標見直し

○目標5～6に係る現状と課題の把握

目標5の、がんに関する目標については、おおむね目標値を達成できています。

全国的に優先されるべき健康課題であることから、今後とも取組を継続し、各種がん検診受診率の向上を図る必要があります。

目標6の、国民健康保険の保険給付費に関する目標は、おおむね目標値を達成できています。

ただし、個別事業(12)ジェネリック医薬品の使用促進事業に係る評価指標のジェネリック医薬品の使用率については、目標値はおおむね達成できているものの、全国共通の目標値(80%)を下回っていることから、ジェネリック医薬品の供給状況に留意しながら、効果的な事業手法を検討する必要があります。

また、個別事業(13)重複・頻回受診対策事業については、改善傾向にあるものの、目標値を下回っていることから、対象者の特性にも留意しながら、効果的な事業手法を検討する必要があります。

イ 介護保険に関する目標及び事業

(ア)目標7～10

○目標7に係る評価指標の仮評価

評価指標	自立高齢者率(介護・支援を必要としない65歳以上の高齢者の割合)***							
評価時期	H28 (基準値)	H30	R元	R2	R3	R4	R5	評価
目標値	—	78.9%	78.7%	78.5%	78.5%	78.5%	78.5%	5
実績値	79.1%	78.8%	78.7%	79.1%	79.0%	78.9%	—	

* * * 中間評価により、R3～目標値見直し

事業:(15)・(16)・(17)・(18)・(19)

資料:介護保険事業状況報告月報(各年度9月末)

*第6次高松市総合計画の見直しに合わせて、令和3年度以降の目標値変更

○目標8に係る評価指標の仮評価

評価指標	自立後期高齢者率(介護・支援を必要としない75歳以上の高齢者の割合)***							
評価時期	H28 (基準値)	H30	R元	R2	R3	R4	R5	評価
目標値	—	62.2%	62.4%	62.1%	62.1%	62.1%	62.1%	5
実績値	61.7%	61.8%	62.1%	62.9%	62.9%	64.3%	—	

事業:(15)・(16)・(17)・(18)・(19)

資料:介護保険事業状況報告月報(各年度9月末)

*第6次高松市総合計画の見直しに合わせて、令和9年度以降の目標値変更

○目標9に係る評価指標の仮評価

評価指標	要支援認定者(サービス利用者)の維持改善率**							
評価時期	H28 (基準値)	H30	R元	R2	R3	R4	R5	評価
目標値	—	—	—	—	82.0%	82.0%	82.0%	4
実績値	—	—	—	—	79.4%	78.6%	—	

事業:(19)

資料:地域包括支援センター資料

*第8期高齢者保健福祉計画の策定に合わせて目標及び指標を変更

** 中間評価により、R2～目標及び指標見直し

(参考)変更前の目標及び指標

目標9	要支援認定者(サービス利用者)のうち、新規認定者の悪化率の抑制						
評価指標	要支援認定者(サービス利用者)のうち、新規認定者の悪化率						
評価時期	H30	R元	R2	R3	R4	R5	
目標値	16.0%	16.0%	16.0%	16.0%	16.0%	16.0%	16.0%
実績値	19.2%	21.8%	—	—	—	—	—

○目標10に係る評価指標の仮評価

評価指標	一人当たりの介護サービス費用額							
評価時期	H28 (基準値)	H30	R元	R2	R3	R4	R5	評価
目標値	—	—	146,900円	150,800円	150,800円	150,800円	150,800円	4
実績値	143,800円	148,693円	150,596円	153,010円	150,901円	152,856円	—	

事業:(15)・(16)・(17)・(18)・(19)・(20)・(21)・(22)・(23)・(24)

資料:介護保険課資料

*第6次高松市総合計画の見直しに合わせて、令和2年度以降の目標値変更

○目標7～10に属する事業に係る評価指標の仮評価

	事業	指標	H28 (基準値)	R4 目標値	R4 実績値	評価
(15)	要介護(要支援)認定者のサービス未利用者対策	サービス未利用者率	16.9%	15.9%	13.4%	5
(16)	高齢者居場所づくり事業	主観的健康観の維持向上率****	92.1%	95.2%	91.9%	4
(17)	介護予防普及啓発事業	「はつらつくらぶ」参加者数***	—	700人	420人	2
		「フレイル予防講座」参加者数***	—	1,000人	817人	3
(18)	瓦町健康ステーション事業	施設の利用者数	75,679人	50,000人	40,472人	3
(19)	介護予防ケアマネジメント	要支援認定者(サービス利用者)の維持改善率***	—	82.0%	78.6%	4

*** 中間評価により、R4～目標値見直し ** 中間評価により、R3～指標見直し

○目標7～10に係る現状と課題の把握

目標7～10の、介護保険に関する目標については、個別事業(17)介護予防普及啓発事業や(19)介護予防ケアマネジメント等に取り組んだ結果、おおむね目標値を達成できています。

ただし、目標10の、一人当たりの介護サービス費用額については、抑制できているものの、上昇傾向にあることから、今後とも取組を継続し、フレイル予防を図る必要があります。

ウ 共通の目標及び事業

(ア)目標11～13

○目標11に係る評価指標の仮評価

評価指標	特定健診受診者で、運動や食生活等の生活習慣を「改善するつもりである」又は「近いうちに改善するつもりであり、少しずつ始めている」と回答した人の割合							
評価時期	H28 (基準値)	H30	R元	R2	R3	R4	R5	評価
目標値	—	36.2%	36.4%	36.6%	36.8%	37.0%	37.2%	4
実績値	35.8%	36.1%	36.6%	37.9%	37.5%	(速)37.6%	—	

事業：(1)・(2)・(3)・(4)・(5)・(6)・(7)・(8)・(9)・(10)・(11)・(15)・(16)・(17)・(18)・(19)・(20)・(21)・(22)・(23)・(24)

資料：法定報告 質問票項目別集計表

※(速)は、現時点で令和4年度評価ができないため、速報値を用いたもの。

○目標12に係る評価指標の仮評価

評価指標	特定健診受診者で、「1回30分以上の運動習慣なし」の割合及び「1日1時間以上の身体活動なし」の割合								
評価時期	H28 (基準値)	H30	R元	R2	R3	R4	R5	評価	
運動習慣	目標値	—	55.0%	54.0%	53.0%	52.0%	51.0%	50.0%	2
	実績値	56.1%	58.0%	67.8%	67.3%	46.3%	(速)67.5%	—	
身体活動	目標値	—	47.0%	46.0%	45.0%	44.0%	43.0%	42.0%	2
	実績値	48.2%	50.6%	62.4%	61.2%	40.6%	(速)61.2%	—	

事業：(21)・(22)・(23)・(24)

資料：法定報告 質問票項目別集計表

※(速)は、現時点で令和4年度評価ができないため、速報値を用いたもの。

○目標13に係る評価指標の仮評価

評価指標	平均寿命と健康寿命の差
目標値	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加

(男性)									
評価時期		H22 (基準値) ※1	H30	R元	R2	R3	R4	R5	評価
実績値	平均寿命	80.1年	—	81.7年	81.7年	82.0年	81.4年	—	達成
	健康寿命	65.4年	—	79.9年	79.8年	80.1年	79.7年	—	
	差	14.7年	—	1.8年	1.9年	1.9年	1.7年	—	
(女性)									
実績値	平均寿命	86.1年	—	87.7年	87.6年	87.4年	87.7年	—	達成
	健康寿命	66.6年	—	83.9年	83.8年	83.7年	83.9年	—	
	差	19.5年	—	3.8年	3.8年	3.7年	3.8年	—	

事業:(1)・(2)・(3)・(4)・(5)・(6)・(7)・(8)・(9)・(10)・(11)・(14)・(15)・(16)・(17)・(18)・(19)・(20)・(21)・(22)・(23)・(24)

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 各年度 累計(平均寿命は同帳票の平均余命。なお、第3期計画では同帳票の平均寿命とするため、第5章(6)の平均寿命と値が異なります。健康寿命は同帳票の平均自立期間(要介護2以上)。)

○目標11～13に属する事業に係る評価指標の仮評価

	事業	指標	H28 (基準値)	R4 目標値	R4 実績値	評価
(20)	保険給付費適正化に関する周知啓発活動	周知回数	29回	90回	94回	5
		特定健診において生活習慣を「改善するつもりはない」と回答した人の割合	28.9%	26.0%	20.3%	5
(21)	ウォーキングマップを活用した健康づくり事業	運動教室参加人数	1,993人 (H30)	1,400人	495人	1
(22)	運動推進普及啓発事業	市政出前ふれあいトーク等の参加者数	249人 (H30)	500人	97人	1
(23)	運動習慣獲得のための出前健康教室	出前健康教室参加人数***	—	200人	394人	5
(24)	運動教室	教室参加者**	—	200人	160人	3

*** 中間評価により、R3～新規設定

** 中間評価により、R2～新規設定

○目標11～13に係る現状と課題の把握

目標11の、運動や食生活等の生活習慣への意識に関する目標については、おおむね達成できています。

目標12の、健康づくりのための運動に関する目標については、特定健康診査における質問票において汗をかく運動習慣、歩行などの身体活動習慣があると回答した方の割合が改善せず、「2」の評価となりました。個別事業においては、コロナ禍の影響を受けて目標値を達成できなかった事業がある一方で、参加者が増加した事業もあったことから、効果的な事業手法を検討する必要があります。

目標値13の、健康寿命と平均寿命の差については、目標を達成できています。

(2)全体のまとめ

ア 目標の達成状況

- 「国民健康保険に関する目標」のうち、男性の「メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合」に係る評価は「3」ですが、他の目標に係る評価は「5」又は「4」であり、国民健康保険の保険給付費の上昇抑制に資することができます。
 - 「介護保険に関する目標」の評価は「5」又は「4」であり、介護保険の保険給付費の上昇抑制に資することができます。
 - 「共通の目標」に関する目標のうち、「健康づくりや介護予防に対する市民の意識」に係る評価は「4」であり、「健康寿命と平均寿命の差」を縮小することができましたが、「健康づくりのための運動の推進」に係る評価は「2」と低い評価になっています。
- ★個別事業においては、評価が「1」、「2」、「3」の事業が、全体の45%を占めています。
- ⇒ コロナ禍により、実施体制や実施期間を縮小したことや、市民の方の外出控えの傾向の影響を受けたことも、一因として考えられます。

イ 今後の課題と対策

- 生活習慣病の発症又は重症化を予防する観点から、特定健康診査受診率の向上を図るとともに、コロナ禍の影響を受けて低下した特定保健指導実施率の回復を図る必要があります。
- ⇒ 特に率の低い、いわゆる「現役世代」が関心を持つように、周知・広報面での工夫に努めます。
- ⇒ 「新しい生活様式」の広がりを踏まえて、対面以外のコミュニケーション手法の導入を検討・実施します。
- 介護予防の取組を強化し、「健康寿命と平均寿命の差」を更に縮小させる必要があります。
- ⇒ 運動、口腔、栄養、社会参加などの観点から、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」を推進します。

3 保険者努力支援制度の得点状況

国民健康保険の保険者努力支援制度は、国が保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度であり、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成がなされています。本市においても、同制度を有効に活用しながら、より質の高い保健事業に取り組めるよう努めています。

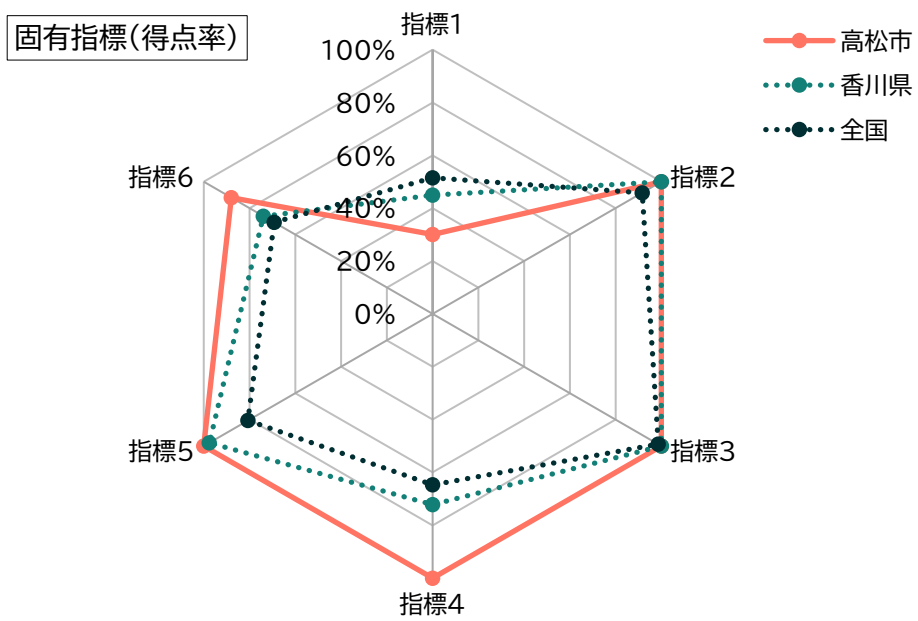
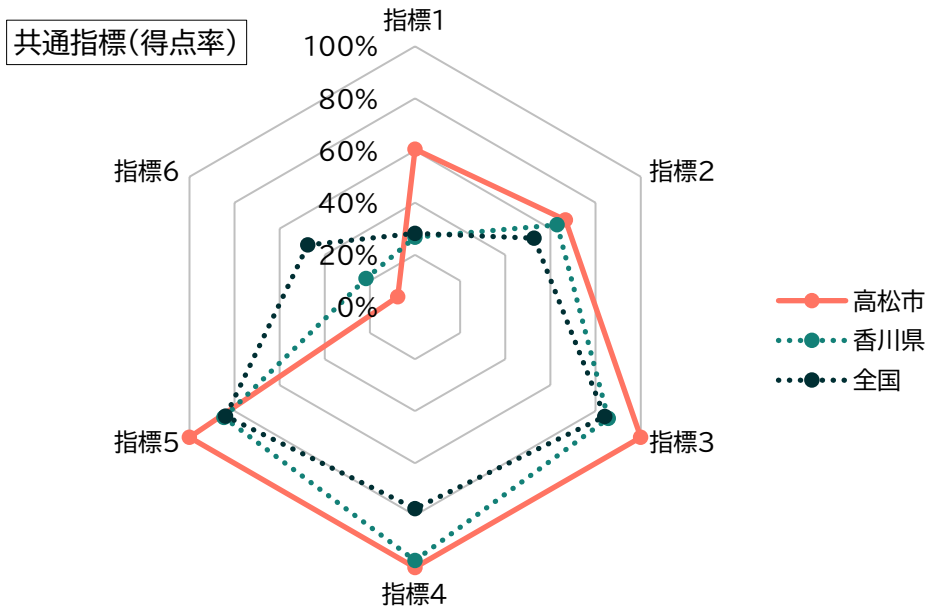
令和5年度における本市の得点状況をみると、合計点数は638点で、達成割合は67.9%となっており、県平均・全国平均を上回っています。

また、項目別にみると、「後発医薬品促進の取組・使用割合」及び「収納率」の得点が県平均・全国平均を下回っています。〈表2-3-1-1〉

〈表2-3-1-1: 保険者努力支援制度の得点状況〉

		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		
						本市	県 平均	全国 平均
全体	総点数(満点)	880点	995点	1,000点	960点	940点		
	合計点数	557点	513点	526点	627点	638点	554点	556点
	達成割合	63.3%	51.6%	52.6%	65.3%	67.9%	58.9%	59.1%
	全国順位	559位	1,107位	1,045位	520位	399位	—	—
共通	①特定健診・特定保健指導・メタボ	50点	55点	90点	115点	115点	51点	54点
	②がん検診・歯科健診	25点	25点	25点	45点	50点	47点	40点
	③生活習慣病の発症予防・重症化予防	100点	120点	90点	120点	100点	86点	84点
	④個人インセンティブ・情報提供	90点	110点	110点	60点	65点	63点	50点
	⑤重複多剤	50点	50点	50点	50点	50点	42点	42点
	⑥後発医薬品促進の取組・使用割合	35点	10点	10点	10点	10点	28点	62点
国保	①収納率	45点	0点	0点	15点	30点	45点	52点
	②データヘルス計画	50点	40点	40点	30点	25点	25点	23点
	③医療費通知	25点	25点	25点	20点	15点	15点	15点
	④地域包括ケア・一体的実施	20点	25点	25点	40点	40点	29点	26点
	⑤第三者求償	25点	31点	31点	45点	50点	49点	40点
	⑥適正化かつ健全な事業運営	42点	22点	30点	77点	88点	74点	69点

【出典】厚生労働省 国民健康保険制度の保険者努力支援制度の集計結果について

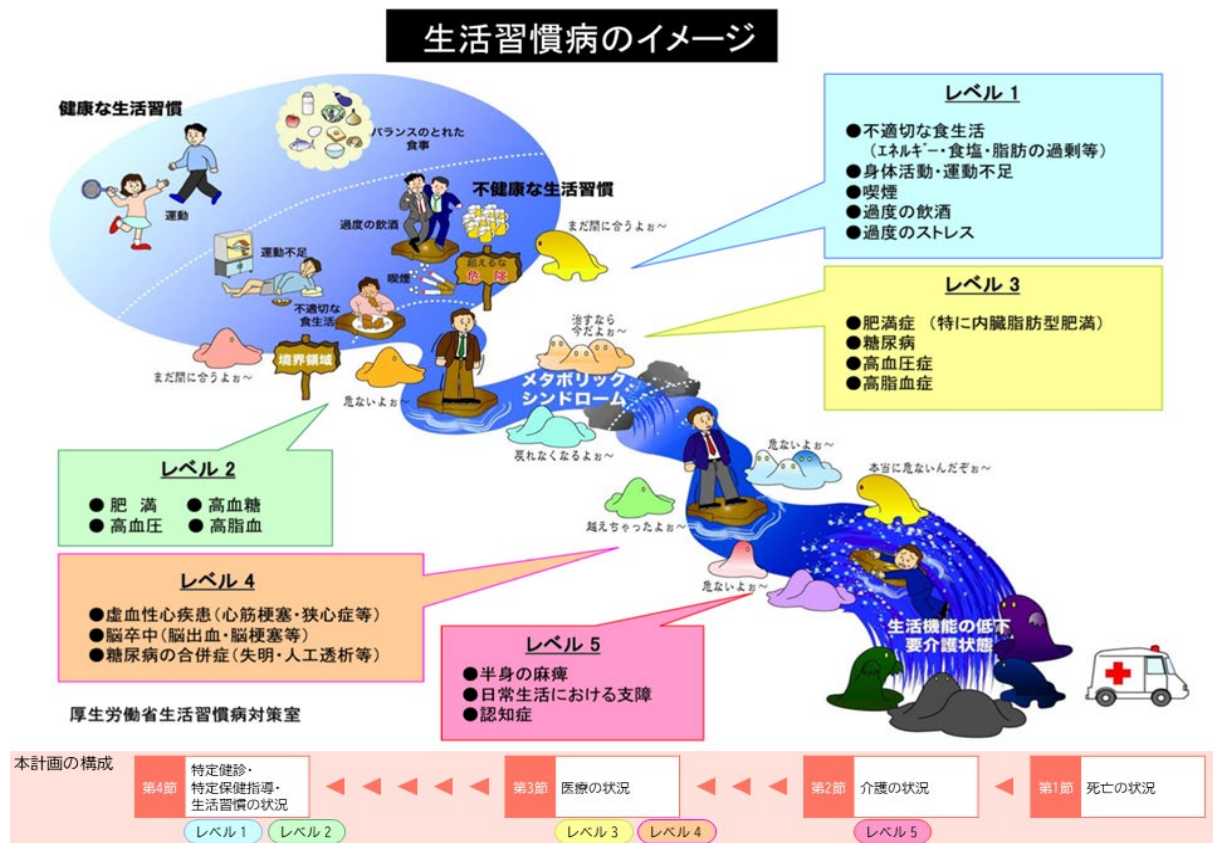


第3章 健康・医療情報等の分析と分析結果に基づく健康課題の抽出

社会全体の健康や病気の進行は、しばしば、川の流れに例えられます。厚生労働省においては、生活習慣病の進行を川の上流から下流まで5段階に分け、レベルが進む(下流に流される)につれて、生活機能の低下や要介護状態になってしまうことを図で示しています。

本計画においても、この考え方に沿って、より多くの人が川の上流で健やかに生活を続けられるよう、川のどの位置にどのくらいの人が入っている、どのような疾病構造になっているか等について、死亡、介護、医療、健診の順に、いわば川の下流から上流に遡るイメージで、関連データを分析します。また、データ分析に際しては、保健事業における介入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し、川の下流に位置する重篤な疾患として、主に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も挙げられている「虚血性心疾患」、「脳血管疾患」、「慢性腎臓病(透析あり)」に、川の上流に位置する基礎疾患として「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」に焦点を当て、医療に関するデータ及び特定健康診査や特定保健指導に関するデータを分析します。

さらに、後期高齢者医療制度との接続を念頭に、介護データと後期高齢者データを分析するほか、重複服薬や多剤服薬、後発医薬品などの分析も行い、地域における健康課題の全体像を整理することとします。



【出典】厚生労働省 新たな健診・保健指導と生活習慣病対策 一部改変

※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。

1 死亡の状況

(1)死因別の死亡者数・割合

本市における死亡の状況について、令和3年度の人口動態調査から、国保被保険者以外も含む全住民の死因別の死亡者数をみると、第1位は「老衰」で全死亡者の9.7%を占めており、次いで「心不全」が7.1%、「脳血管疾患」が6.8%となっています。また、死亡者数の多い上位15死因について、全死亡者に占める死因別の死亡者数の割合を国や県と比較すると、「心不全」、「膵の悪性新生物」、「胃の悪性新生物」、「肝及び肝内胆管の悪性新生物」、「糖尿病」の割合が高くなっています。

保健事業により予防可能な疾患という観点から生活習慣病の重篤な疾患に着目すると、第3位(6.8%)に「脳血管疾患」、第7位(3.3%)に「虚血性心疾患」、第15位(1.3%)に「腎不全」といった疾患が、死因の上位に位置しています。〈表3-1-1-1〉

〈表3-1-1-1:死因別の死亡者数・割合〉

順位	死因	本市における死亡者数	割合		
			本市	県	国
1位	老衰	444人	9.7%	12.8%	10.6%
2位	心不全	323人	7.1%	5.9%	6.2%
3位	脳血管疾患	313人	6.8%	6.7%	7.3%
4位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	243人	5.3%	5.0%	5.3%
5位	不整脈及び伝導障害	203人	4.4%	5.4%	2.3%
6位	大腸の悪性新生物	159人	3.5%	3.1%	3.6%
7位	虚血性心疾患	149人	3.3%	3.1%	4.7%
8位	膵の悪性新生物	140人	3.1%	2.7%	2.7%
9位	胃の悪性新生物	135人	3.0%	2.8%	2.9%
10位	肺炎	130人	2.8%	3.5%	5.1%
11位	不慮の事故(交通事故除く)	109人	2.4%	2.7%	2.4%
12位	肝及び肝内胆管の悪性新生物	102人	2.2%	1.8%	1.7%
13位	糖尿病	72人	1.6%	1.3%	1.0%
14位	自殺	64人	1.4%	1.1%	1.4%
15位	腎不全	59人	1.3%	1.9%	2.0%
—	その他	1,925人	42.1%	40.2%	40.8%
—	死亡総数	4,570人	—	—	—

【出典】厚生労働省 人口動態調査 令和3年度

※死亡者数の多い上位15死因について抜粋しているため、死亡総数は表内の合計にはならない。

(2)死因別の標準化死亡比(SMR)

平成25年から29年までの累積疾病別死亡者数をみると、男性の死因第1位は「気管、気管支及び肺の悪性新生物」、第2位は「脳血管疾患」、第3位は「肺炎」であり、女性の死因第1位は「老衰」、第2位は「脳血管疾患」、第3位は「心不全」となっています。

国・県と死亡状況を比較できる指標である、年齢調整を行った標準化死亡比(SMR)をみると、男性では、「肝及び肝内胆管の悪性新生物」(120.0)、「不慮の事故」(112.6)、「心不全」(103.4)が高くなっており、女性では、「肝及び肝内胆管の悪性新生物」(130.3)、「不慮の事故」(113.8)、「肝疾患」(109.0)、「気管、気管支及び肺の悪性新生物」(105.1)が高くなっています。

保健事業により予防可能な疾患のSMRをみると、男性では「急性心筋梗塞」が67.2、「脳血管疾患」が84.4、「腎不全」が92.8となっており、女性では「急性心筋梗塞」が79.3、「脳血管疾患」が89.2、「腎不全」が98.4となっています。〈表3-1-2-1〉

※標準化死亡比(SMR):基準死亡率(人口10万人当たりの死亡者数)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である。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。

〈表3-1-2-1:平成25年から平成29年までの死因別の死亡者数とSMR〉

(男性)

順位	死因	死亡者数	SMR			順位	死因	死亡者数	SMR		
			本市	県	国				本市	県	国
1位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	893人	100.0	100.4		9位	老衰	321人	84.9	105.3	100
2位	脳血管疾患	780人	84.4	92.7	10位	急性心筋梗塞	240人	67.2	76.1		
3位	肺炎	612人	55.9	66.1	11位	自殺	216人	82.8	91.7		
4位	胃の悪性新生物	522人	100.0	100.5	12位	腎不全	192人	92.8	101.7		
5位	心不全	509人	103.4	91.6	13位	肝疾患	139人	81.3	89.9		
6位	不慮の事故	432人	112.6	111.5	参考	がん	3,498人	94.1	93.8		
7位	肝及び肝内胆管の悪性新生物	386人	120.0	105.1	参考	心疾患	1,712人	107.1	109.9		
8位	大腸の悪性新生物	360人	79.9	81.3	参考	全死因	10,751人	93.8	97.3		

(女性)

順位	死因	死亡者数	SMR			順位	死因	死亡者数	SMR		
			本市	県	国				本市	県	国
1位	老衰	993人	83.2	100.3	100	9位	肝及び肝内胆管の悪性新生物	222人	130.3	96.4	100
2位	脳血管疾患	913人	89.2	91.1		10位	急性心筋梗塞	221人	79.3	89.8	
3位	心不全	734人	88.9	87.4		11位	腎不全	217人	98.4	110.9	
4位	肺炎	562人	60.0	71.8		12位	肝疾患	105人	109.0	108.0	
5位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	378人	105.1	94.6		13位	自殺	102人	88.9	92.2	
6位	不慮の事故	326人	113.8	108.3		参考	がん	2,471人	96.3	91.8	
7位	大腸の悪性新生物	313人	81.7	84.2		参考	心疾患	1,893人	102.0	105.3	
8位	胃の悪性新生物	272人	99.8	100.0		参考	全死因	10,599人	96.9	98.7	

【出典】厚生労働省 平成25～29年 人口動態保健所・市区町村別統計

※SMRの算出に際してはベイズ推定の手法が適用されている。

※「がん」は、表内の「がん」を含むICD-10死因简单分類における「悪性新生物」による死亡者数の合計

※「心疾患」は、表内の「急性心筋梗塞」「心不全」を含むICD-10死因简单分類における「心疾患」による死亡者数の合計

2 介護の状況

(1) 要介護(要支援)認定者数・割合

本市における介護の状況について、要介護又は要支援の認定を受けた人の数・割合をみると、令和4年度の認定者数は25,967人(要支援1～2、要介護1～5の合計)で、このうち「要介護1～2」の人数が最も多くなっています。

また、第1号被保険者における要介護認定率は21.2%で、県平均・全国平均を上回っており、このうち65～74歳の前期高齢者では4.7%、75歳以上の後期高齢者では35.2%となっています。

なお、第2号被保険者における要介護認定率は0.4%と、県平均・全国平均と同等の水準となっています。〈表3-2-1-1〉

〈表3-2-1-1: 令和4年度における要介護(要支援)認定区分別の認定者数・割合〉

	被保険者数	要支援1～2		要介護1～2		要介護3～5		本市	県	国
		認定者数	認定率	認定者数	認定率	認定者数	認定率	認定率	認定率	認定率
1号										
65～74歳	55,033人	688人	1.3%	1,056人	1.9%	858人	1.6%	4.7%	—	—
75歳以上	64,720人	5,764人	8.9%	9,216人	14.2%	7,823人	12.1%	35.2%	—	—
計	119,753人	6,452人	5.4%	10,272人	8.6%	8,681人	7.2%	21.2%	19.8%	18.7%

2号										
40～64歳	142,169人	101人	0.1%	235人	0.2%	226人	0.2%	0.4%	0.4%	0.4%
総計	261,922人	6,553人	2.5%	10,507人	4.0%	8,907人	3.4%	—	—	—

【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。

(2)介護給付費

介護レセプト1件当たりの介護給付費をみると、居宅サービスの給付費が県平均・全国平均を上回っており、施設サービスの給付費が県平均を上回っています。〈表3-2-2-1〉

〈表3-2-2-1:介護レセプト一件当たりの介護給付費〉

	本市	県	国
1件当たり給付費	55,740円	61,981円	59,662円
(居宅)1件当たり給付費	43,843円	43,109円	41,272円
(施設)1件当たり給付費	284,719円	284,317円	296,364円

【出典】KDB帳票 S25_004-医療・介護の突合の経年比較 令和4年度 年次

(3)要介護・要支援認定者の有病状況

要介護又は要支援の認定を受けた人の有病割合をみると、「心臓病」(65.6%)が最も高く、次いで「筋・骨格」(59.4%)、「高血圧症」(57.2%)となっています。

全国平均との比較では「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」、「心臓病」、「がん」、「精神疾患」、「認知症」、「アルツハイマー病」、「筋・骨格関連疾患」の有病割合が高くなっており、県との比較では「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」、「心臓病」、「がん」、「筋・骨格関連疾患」の有病割合が高くなっています。

また、保健事業により予防可能な疾患という観点から介護認定者における重篤な疾患の有病割合をみると、「心臓病」は65.6%、「脳血管疾患」は22.4%となっており、重篤な疾患に進行する可能性のある基礎疾患の有病割合をみると、「高血圧症」は57.2%、「脂質異常症」は35.3%、「糖尿病」は27.8%となっています。〈表3-2-3-1〉

〈表3-2-3-1:要介護・要支援認定者の有病状況〉

疾病名	要介護・要支援認定者 (1・2号被保険者)		県	国
	該当者数	割合		
糖尿病	7,497人	27.8%	26.5%	24.3%
高血圧症	15,083人	57.2%	56.6%	53.3%
脂質異常症	9,381人	35.3%	34.1%	32.6%

心臓病	17,220人	65.6%	65.0%	60.3%
脳血管疾患	5,872人	22.4%	23.7%	22.6%
がん	3,333人	12.6%	12.3%	11.8%
精神疾患	10,639人	40.7%	41.3%	36.8%
うち、認知症	6,956人	26.6%	27.7%	24.0%
アルツハイマー病	5,703人	21.9%	23.1%	18.1%
筋・骨格関連疾患	15,577人	59.4%	59.0%	53.4%

【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) 医療費の3要素

ア 総医療費及び一人当たり医療費の推移

本市における医療の状況について、令和4年度の総医療費は約307億500万円で、令和元年度と比較して5.2%減少しており、その内訳は、入院医療費の割合が40.7%、外来医療費の割合が59.3%となっています。

また、令和4年度の一人当たり月額医療費は、令和元年度から3.5%増の、約34,000円で、県平均は下回っているものの、全国平均を上回っています。

<表3-3-1-1>

<表3-3-1-1: 総医療費・一人当たりの医療費>

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	割合	令和元年度からの変化率
医療費 (円)	総額	32,386,411,020	30,543,981,230	31,459,476,410	30,705,349,760	—	▲5.2%
	入院	13,528,235,020	12,676,635,830	12,859,275,440	12,482,044,250	40.7%	▲7.7%
	外来	18,858,176,000	17,867,345,400	18,600,200,970	18,223,305,510	59.3%	▲3.4%
一人当たり 月額医療費(円)	本市	32,530	31,590	33,070	33,670	—	3.5%
	県	33,520	32,870	34,480	35,050	—	4.6%
	国	27,470	26,960	28,470	29,050	—	5.8%

【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

※一人当たり医療費は、月平均を算出

イ 入院外来別医療費の3要素

一人当たり医療費は、受診率、レセプト1件当たり日数及び1日当たり医療費の3要素から算出されます。令和4年度の入院の一人当たり月額医療費は13,690円で、3要素のうち受診率の高さ及び1件当たり日数の多さから、全国平均の11,650円を2,040円上回っていますが、受診率が県平均を下回っていることから、県平均の14,750円を1,060円下回っています。

また、外来の一人当たり月額医療費は19,980円で、3要素全てが高水準にあることから、全国平均の17,400円を2,580円上回っていますが、受診率が県平均を下回っていることから、県平均の20,300円を320円下回っています。〈表3-3-1-2〉

〈表3-3-1-2:入院外来別医療費の3要素〉

		本市	県	国
入院	一人当たり月額医療費	13,690円	14,750円	11,650円
	受診率(件/千人)	22.8	25.0	18.8
	1件当たり日数	17.5日	17.7日	16.0日
	1日当たり医療費	34,300円	33,380円	38,730円
外来	一人当たり月額医療費	19,980円	20,300円	17,400円
	受診率(件/千人)	754.4	767.1	709.6
	1件当たり日数	1.6日	1.6日	1.5日
	1日当たり医療費	16,890円	16,610円	16,500円

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

- ※一人当たり医療費は、月平均を算出
- ※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
- ※1日当たり医療費:総医療費/受診した日数

(2) 疾病分類別入院医療費及び受診率

ア 疾病分類(大分類)別入院医療費

入院医療費を疾病19分類(大分類)別にみると、「精神及び行動の障害」が最も高く、年間医療費は約20億4,700万円、入院総医療費に占める割合は16.4%となっています。次いで「新生物」が約20億2,000万円(16.2%)であり、これら2つの疾病で入院総医療費の32.6%を占めています。

保健事業により予防可能な疾患という観点からみると、「循環器系の疾患」の受診率及びレセプト1件当たり医療費は、いずれも他の疾病と比較して高い傾向にあり、「循環器系の疾患」の入院医療費が高額な原因となっています。〈表3-3-2-1〉

※統計の制約上、医療費3要素のうち、1日当たり医療費及び1件当たり日数が把握できないため、レセプト1件当たり医療費で代替する。なお、1枚のレセプトに複数の傷病名がある場合は、最も点数が高い疾病で集計している。

<表3-3-2-1: 疾病分類(大分類)別_入院医療費(男女合計)>

順位	疾病分類(大分類)	医療費	一人当たり	割合	受診率	受診率	レセプト
			医療費			ベース	1件当たり
						での割合	医療費
1位	精神及び行動の障害	2,047,464,460円	26,939円	16.4%	64.2	23.4%	419,648円
2位	新生物	2,020,066,220円	26,579円	16.2%	31.8	11.6%	836,120円
3位	循環器系の疾患	1,965,815,480円	25,865円	15.8%	27.4	10.0%	942,837円
4位	筋骨格系及び結合組織の疾患	1,087,614,090円	14,310円	8.7%	20.0	7.3%	714,126円
5位	呼吸器系の疾患	920,413,950円	12,110円	7.4%	17.6	6.4%	689,449円
6位	神経系の疾患	874,383,350円	11,505円	7.0%	22.7	8.3%	506,009円
7位	損傷、中毒及びその他の外因の影響	740,489,060円	9,743円	5.9%	14.9	5.5%	651,839円
8位	尿路性器系の疾患	718,340,140円	9,451円	5.8%	16.1	5.9%	585,922円
9位	消化器系の疾患	599,973,640円	7,894円	4.8%	18.2	6.7%	433,194円
10位	症状、徴候及び異常臨床検査所見で他に分類されないもの	312,180,850円	4,107円	2.5%	6.9	2.5%	593,500円
11位	内分泌、栄養及び代謝疾患	183,908,530円	2,420円	1.5%	5.8	2.1%	417,974円
12位	眼及び付属器の疾患	177,922,640円	2,341円	1.4%	6.3	2.3%	371,446円
13位	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	127,244,320円	1,674円	1.0%	1.8	0.7%	908,888円
14位	皮膚及び皮下組織の疾患	111,972,450円	1,473円	0.9%	3.4	1.2%	435,690円
15位	感染症及び寄生虫症	95,058,710円	1,251円	0.8%	2.4	0.9%	511,068円
16位	妊娠、分娩及び産じょく	52,095,020円	685円	0.4%	1.7	0.6%	397,672円
17位	周産期に発生した病態	45,134,910円	594円	0.4%	0.7	0.2%	884,998円
18位	耳及び乳様突起の疾患	24,018,360円	316円	0.2%	0.9	0.3%	338,287円
19位	先天奇形、変形及び染色体異常	16,767,040円	221円	0.1%	0.4	0.2%	523,970円
—	その他	339,116,410円	4,462円	2.7%	10.3	3.8%	432,546円
—	総計	12,459,979,630円	—	—	—	—	—

【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

※表3-3-1-1の入院医療費と総計が異なるのは、図表3-3-1-1においては年齢に関係なく、国保のレセプトを集計しているのに対し、本表では被保険者の生年月日から算出した年齢によって集計対象のレセプトを絞り込んでいるため。

※疾病分類別の一人当たり医療費は、該当疾病分類における年間の医療費を各年度の各月毎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(以下同様)。

※KDBシステムにて設定されている疾病分類(大分類)区分のうち、特殊目的用コード、傷病及び死亡の外因、健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他(上記以外のもの)を「その他」にまとめている。

イ 疾病分類(中分類)別入院医療費

入院医療費を疾病中分類別にみると、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が最も高く、年間医療費は約12億4,100万円で、入院総医療費に占める割合は10.0%を占めています。

保健事業により予防可能な疾患という観点から、循環器系疾患の入院医療費をみると、「虚血性心疾患」が11位(2.8%)、「脳梗塞」が14位(2.1%)となっています。

これらの上位20疾病で、入院総医療費の68.3%を占めています。〈表3-3-2-2〉

〈表3-3-2-2: 疾病分類(中分類)別_入院医療費_上位20疾病(男女合計)〉

順位	疾病分類(中分類)	医療費					
			一人当たり医療費	割合	受診率	受診率ベースでの割合	レセプト一件当たり医療費
1位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	1,241,301,340円	16,332円	10.0%	40.6	14.8%	402,236円
2位	その他の心疾患	867,613,580円	11,416円	7.0%	10.9	4.0%	1,050,380円
3位	その他の悪性新生物	750,629,210円	9,876円	6.0%	11.6	4.2%	852,988円
4位	その他の呼吸器系の疾患	639,774,910円	8,418円	5.1%	10.3	3.8%	813,963円
5位	骨折	523,918,120円	6,893円	4.2%	10.1	3.7%	681,298円
6位	腎不全	484,000,500円	6,368円	3.9%	8.6	3.1%	741,195円
7位	その他の神経系の疾患	443,772,440円	5,839円	3.6%	12.3	4.5%	473,610円
8位	関節症	411,056,400円	5,408円	3.3%	5.5	2.0%	988,116円
9位	その他の消化器系の疾患	376,581,160円	4,955円	3.0%	11.7	4.3%	422,176円
10位	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	356,968,010円	4,697円	2.9%	11.4	4.2%	411,728円
11位	虚血性心疾患	348,950,060円	4,591円	2.8%	4.7	1.7%	977,451円
12位	症状、徴候及び異常臨床所見・異常、検査所見で他に分類されないもの	312,180,850円	4,107円	2.5%	6.9	2.5%	593,500円
13位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	296,674,690円	3,903円	2.4%	4.2	1.5%	927,108円
14位	脳梗塞	261,773,710円	3,444円	2.1%	5.1	1.9%	679,932円
15位	良性新生物及びその他の新生物	222,182,350円	2,923円	1.8%	4.3	1.6%	673,280円
16位	てんかん	202,276,970円	2,661円	1.6%	5.7	2.1%	468,234円
17位	その他の精神及び行動の障害	197,466,270円	2,598円	1.6%	4.8	1.7%	543,984円
18位	その他の特殊目的用コード	196,482,660円	2,585円	1.6%	3.0	1.1%	850,574円
19位	脊椎障害(脊椎症を含む)	190,997,630円	2,513円	1.5%	3.4	1.2%	743,181円
20位	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	186,539,330円	2,454円	1.5%	4.0	1.4%	619,732円

【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

ウ 疾病分類(中分類)別入院受診率の比較

入院医療費が上位の疾病の受診率を全国平均と比較すると、特に、「症状、徴候及び異常臨床所見・異常、検査所見で他に分類されないもの」、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」、「その他の呼吸器系の疾患」の受診率が高くなっています。

また、保健事業により予防可能な疾患という観点から、循環器系疾患の受診率をみると、「虚血性心疾患」が約1.0倍、「脳梗塞」が約0.9倍と、ほぼ全国平均に近い水準となっています。〈表3-3-2-3〉

〈表3-3-2-3: 疾病分類(中分類)別入院受診率比較_上位の疾病(男女合計)〉

順位	疾病分類(中分類)	受診率				
		本市	県	国	国との対比	
					本市	県
1位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	40.6	40.0	22.8	1.78	1.75
2位	その他の心疾患	10.9	10.8	8.8	1.24	1.23
3位	その他の悪性新生物	11.6	12.8	11.9	0.97	1.07
4位	その他の呼吸器系の疾患	10.3	10.6	6.8	1.51	1.55
5位	骨折	10.1	10.8	7.7	1.32	1.41
6位	腎不全	8.6	9.4	5.8	1.49	1.63
7位	その他の神経系の疾患	12.3	15.1	11.5	1.07	1.31
8位	関節症	5.5	6.4	3.9	1.39	1.63
9位	その他の消化器系の疾患	11.7	13.6	12.4	0.95	1.10
10位	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	11.4	11.3	7.9	1.45	1.43
11位	虚血性心疾患	4.7	5.3	4.7	1.00	1.14
12位	症状、徴候及び異常臨床所見・異常、検査所見で他に分類されないもの	6.9	7.6	3.7	1.87	2.05
13位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	4.2	4.1	3.9	1.08	1.05
14位	脳梗塞	5.1	6.3	5.5	0.92	1.16
15位	良性新生物及びその他の新生物	4.3	4.2	3.9	1.13	1.09
16位	てんかん	5.7	7.4	4.9	1.15	1.49
17位	その他の精神及び行動の障害	4.8	5.5	3.4	1.39	1.60
18位	その他の特殊目的用コード	3.0	3.1	2.8	1.09	1.11
19位	脊椎障害(脊椎症を含む)	3.4	3.0	3.0	1.14	1.50
20位	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	4.0	5.1	5.1	0.77	1.04

【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

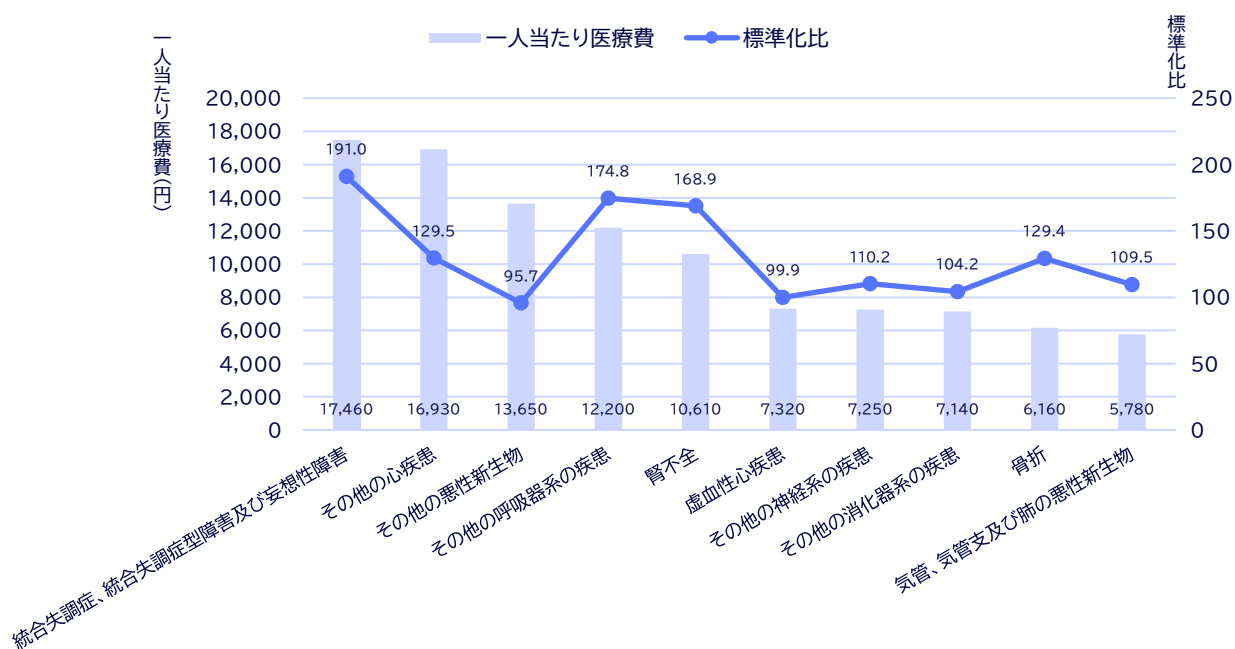
エ 疾病分類(中分類)別入院に係る一人当たり医療費と標準化比

疾病別の入院医療費及び国の一人当たり医療費を100とした標準化比をみると、男性においては、一人当たり入院医療費は「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」、「その他の心疾患」、「その他の悪性新生物」の順に高く、標準化比は「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」、「その他の呼吸器系の疾患」、「腎不全」の順に高くなっており、循環器系疾患では、「虚血性心疾患」が第6位(標準化比99.9)となっています。

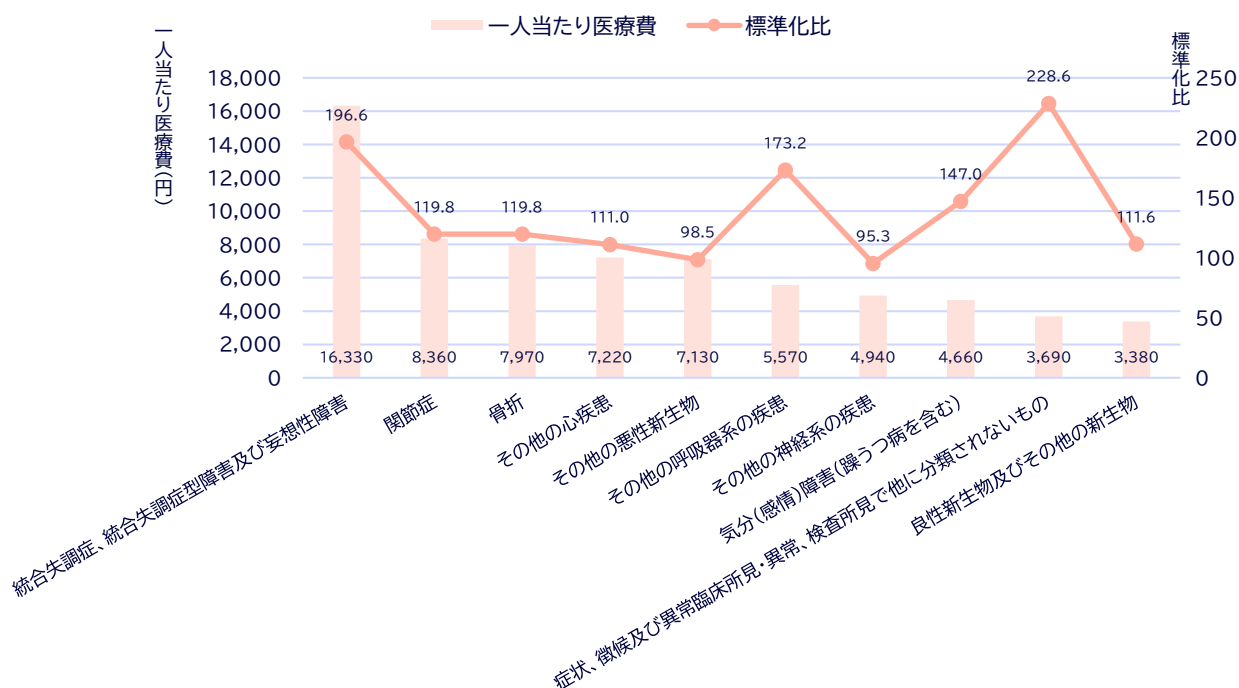
一方、女性においては、一人当たり入院医療費は「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」、「関節症」、「骨折」の順に高く、標準化比は「症状、徴候及び異常臨床所見・異常、検査所見で他に分類されないもの」、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」、「その他の呼吸器系の疾患」の順に高くなっており、循環器系疾患は、上位10疾病には入っていません。〈図3-3-2-4〉

※国立保健医療科学院のツールを使って算出し、国と比較する。医療費の地域差要因としては人口構成、医療提供体制、健康意識、受診行動、生活習慣、診療パターンなどが指摘されているが、標準化比を算出することで、これらの要因のうち人口構成による影響を取り除いた上で一人当たり医療費を比較することが可能となる。

〈図3-3-2-4: 疾病分類(中分類)別_入院医療費・標準化比_一人当たり医療費上位10疾病〉
(男性)



(女性)



【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

(3) 疾病分類別外来医療費及び受診率

ア 疾病分類(中分類)別外来医療費

入院医療費と同様に外来医療費について、疾病別医療費、受診率、一人当たり医療費をみると、「腎不全」の医療費が最も高く約18億3,000万円で、外来総医療費の10.1%を占めており、1件当たり医療費も他の疾病と比較して高くなっています。

次いで、「糖尿病」が約16億5,900万円(9.2%)、「その他の悪性新生物」が約9億6,400万円(5.3%)となっており、上位20疾病で外来総医療費の65.9%を占めています。

保健事業により予防可能な疾患のうち重篤な疾患については、「腎不全」が外来医療費の第1位となっています。

また、重篤な疾患に進行する可能性のある基礎疾患については、「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」が外来医療費の上位に入っています。〈表3-3-3-1〉

〈表3-3-3-1: 疾病分類(中分類)別_外来医療費_上位20疾病(男女合計)〉

順位	疾病分類(中分類)	医療費	医療費				レセプト 1件当たり 医療費
			一人当たり 医療費	割合	受診率	受診率 ベース での割合	
1位	腎不全	1,829,817,990円	24,076円	10.1%	81.6	0.9%	294,894円
2位	糖尿病	1,659,059,750円	21,829円	9.2%	740.9	8.2%	29,461円
3位	その他の悪性新生物	964,312,890円	12,688円	5.3%	91.1	1.0%	139,311円

4位	その他の心疾患	787,188,040円	10,357円	4.4%	268.8	3.0%	38,539円
5位	高血圧症	773,809,870円	10,181円	4.3%	842.3	9.3%	12,088円
6位	その他の眼及び付属器の疾患	648,181,030円	8,528円	3.6%	522.1	5.8%	16,334円
7位	その他の消化器系の疾患	636,981,390円	8,381円	3.5%	298.7	3.3%	28,058円
8位	脂質異常症	561,025,020円	7,382円	3.1%	528.8	5.8%	13,959円
9位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	559,827,700円	7,366円	3.1%	23.3	0.3%	316,645円
10位	その他の神経系の疾患	529,743,980円	6,970円	2.9%	297.4	3.3%	23,436円
11位	炎症性多発性関節障害	464,134,580円	6,107円	2.6%	116.1	1.3%	52,605円
12位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	400,302,860円	5,267円	2.2%	153.2	1.7%	34,384円
13位	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	322,848,410円	4,248円	1.8%	220.0	2.4%	19,310円
14位	喘息	278,025,870円	3,658円	1.5%	145.2	1.6%	25,193円
15位	関節症	257,686,280円	3,390円	1.4%	246.7	2.7%	13,745円
16位	骨の密度及び構造の障害	254,846,390円	3,353円	1.4%	165.8	1.8%	20,221円
17位	乳房の悪性新生物	251,193,030円	3,305円	1.4%	41.0	0.5%	80,588円
18位	その他の特殊目的用コード	243,841,060円	3,208円	1.4%	95.5	1.1%	33,592円
19位	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	240,588,370円	3,166円	1.3%	234.4	2.6%	13,504円
20位	その他(上記以外のもの)	237,680,860円	3,127円	1.3%	327.2	3.6%	9,558円

【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

イ 疾病分類(中分類)別外来受診率の比較

外来医療費が上位の疾病の受診率を、全国平均と比較すると、特に、「腎不全」、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」、「その他(上記以外のもの)」の受診率が高くなっています。

保健事業により予防可能な疾患のうち重篤な疾患については、「腎不全」が全国平均を上回る約1.4倍となっています。

また、重篤な疾患に進行する可能性のある基礎疾患については、「糖尿病」が約1.1倍、「高血圧症」が約1.0倍、「脂質異常症」が約0.9倍となっています。〈表3-3-3-2〉

〈表3-3-3-2:疾病分類(中分類)別_外来受診率比較_上位の疾病(男女合計)〉

順位	疾病分類(中分類)	受診率				
		本市	県	国	国との対比	
					本市	県
1位	腎不全	81.6	80.5	59.5	1.37	1.35
2位	糖尿病	740.9	795.6	651.2	1.14	1.22
3位	その他の悪性新生物	91.1	95.3	85.0	1.07	1.12
4位	その他の心疾患	268.8	276.0	236.5	1.14	1.17

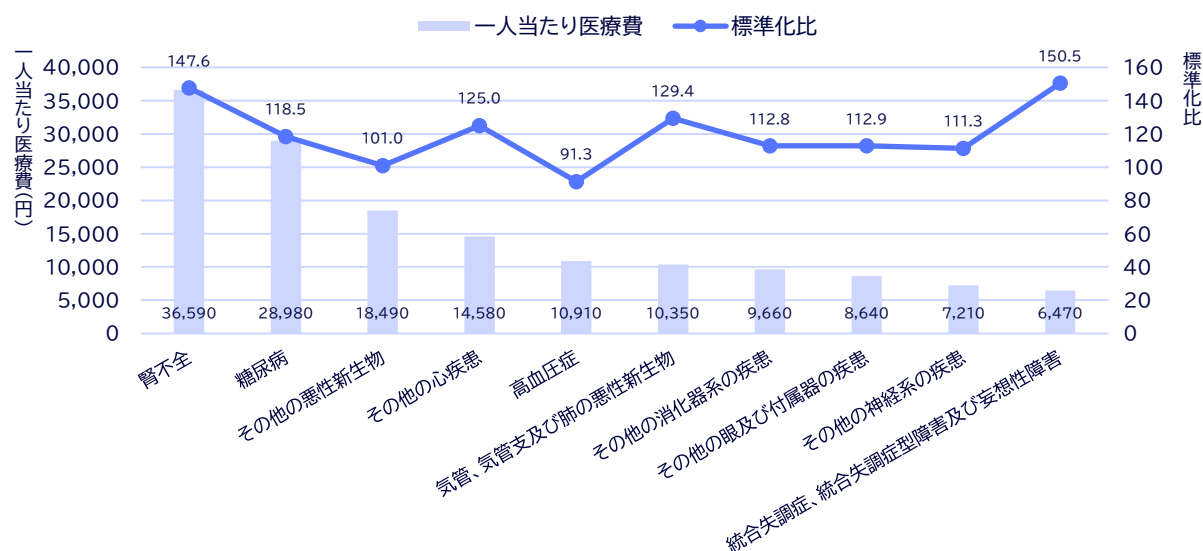
5位	高血圧症	842.3	940.4	868.1	0.97	1.08
6位	その他の眼及び付属器の疾患	522.1	510.6	522.7	1.00	0.98
7位	その他の消化器系の疾患	298.7	306.4	259.2	1.15	1.18
8位	脂質異常症	528.8	556.3	570.5	0.93	0.98
9位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	23.3	22.9	20.4	1.14	1.13
10位	その他の神経系の疾患	297.4	287.9	288.9	1.03	1.00
11位	炎症性多発性関節障害	116.1	125.2	100.5	1.15	1.24
12位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	153.2	161.7	132.0	1.16	1.22
13位	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	220.0	203.8	223.8	0.98	0.91
14位	喘息	145.2	145.7	167.9	0.86	0.87
15位	関節症	246.7	241.1	210.3	1.17	1.15
16位	骨の密度及び構造の障害	165.8	160.4	171.3	0.97	0.94
17位	乳房の悪性新生物	41.0	44.4	44.6	0.92	1.00
18位	その他の特殊目的用コード	95.5	87.0	81.1	1.18	1.07
19位	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	234.4	219.6	207.7	1.13	1.06
20位	その他(上記以外のもの)	327.2	345.4	255.3	1.28	1.35

ウ 疾病分類(中分類)別外来に係る一人当たり医療費と標準化比

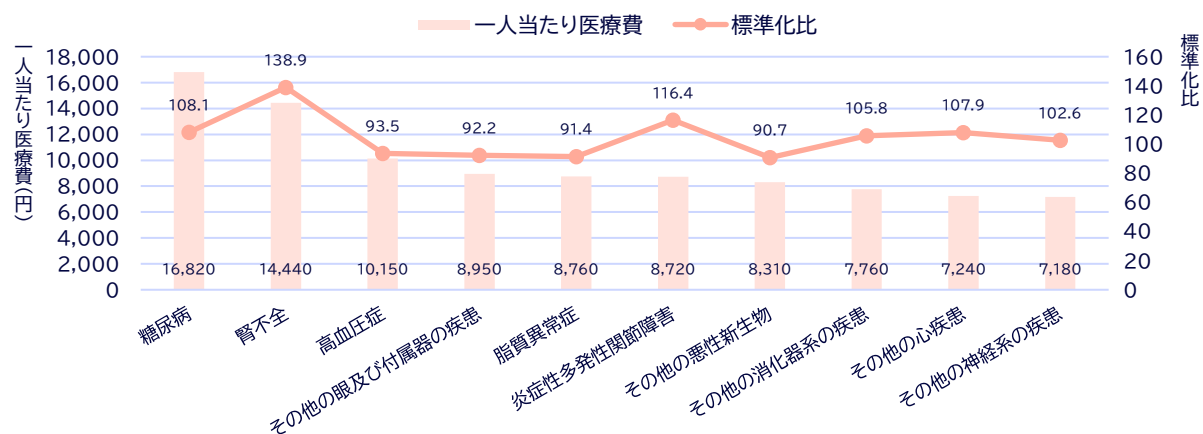
疾病別の一人当たり外来医療費及び国の一人当たり医療費を100とした標準化比をみると、男性においては、一人当たり外来医療費は「腎不全」、「糖尿病」、「その他の悪性新生物」の順に高く、標準化比は「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」、「腎不全」、「気管、気管支及び肺の悪性新生物」の順に高くなっており、重篤な疾患である「腎不全」が147.6、基礎疾患である「糖尿病」が118.5、「高血圧症」が91.3となっています。

女性においては、一人当たり外来医療費は「糖尿病」、「腎不全」、「高血圧症」の順に高く、標準化比は「腎不全」、「炎症性多発性関節障害」、「糖尿病」の順に高くなっており、重篤な疾患である「腎不全」が138.9、基礎疾患である「糖尿病」が108.1、「高血圧症」が93.5、「脂質異常症」が91.4となっています。〈図3-3-3-3〉

<図3-3-3-3: 疾病分類(中分類)別_外来医療費・標準化比_一人当たり医療費上位10疾病>
(男性)



(女性)



(4) 生活習慣病(重篤な疾患・基礎疾患)における受診率

ア 生活習慣病における重篤な疾患と基礎疾患の受診率

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当て、重篤な疾患、基礎疾患及び人工透析が必要になる前段階の「慢性腎臓病(透析なし)」における受診率や有病状況の推移に着目し、まず、重篤な疾患の受診率をみると、「慢性腎臓病(透析あり)」が全国平均を上回っています。

また、基礎疾患及び「慢性腎臓病(透析なし)」の受診率では、「糖尿病」が全国平均を上回っています。<表3-3-4-1>

<表3-3-4-1:生活習慣病における重篤な疾患と基礎疾患の受診率>

	疾病分類(中分類)	受診率				
		本市	県	国	国との対比	
					本市	県
重篤な疾患	虚血性心疾患	4.7	5.3	4.7	1.00	1.14
	脳血管疾患	8.9	11.2	10.2	0.87	1.09
	慢性腎臓病(透析あり)	39.4	36.8	30.3	1.30	1.21
基礎疾患及び慢性腎臓病(透析なし)	糖尿病	740.9	795.6	651.2	1.14	1.22
	高血圧症	842.3	940.4	868.1	0.97	1.08
	脂質異常症	528.8	556.3	570.5	0.93	0.98
	慢性腎臓病(透析なし)	19.6	21.1	14.4	1.36	1.46

【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

※表内の脳血管疾患は、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。

※表内の「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。

※表内の「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。

イ 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、令和4年度の「虚血性心疾患」の受診率は、令和元年度から20.3ポイント減少しており、減少率は全国平均を上回っているものの、県平均を下回っています。

「脳血管疾患」の受診率は、令和元年度から12.7ポイント減少しており、減少率は全国平均・県平均を上回っています。

「慢性腎臓病(透析あり)」の受診率は、令和元年度から4.0ポイント増加していますが、増加率は全国平均・県平均を下回っています。<表3-3-4-2>

<表3-3-4-2:生活習慣病における重篤な疾患の受診率>

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和元年度からの変化率
虚血性心疾患	本市	5.9	5.5	5.0	4.7	▲20.3
	県	6.7	6.2	5.7	5.3	▲20.9
	国	5.7	5.0	5.0	4.7	▲17.5
脳血管疾患	本市	10.2	8.8	8.0	8.9	▲12.7
	県	12.0	10.8	10.6	11.2	▲6.7
	国	10.6	10.4	10.6	10.2	▲3.8

慢性腎臓病 (透析あり)	本市	37.9	38.3	38.6	39.4	4.0
	県	35.0	36.1	36.8	36.8	5.1
	国	28.6	29.1	29.8	30.3	5.9

【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

※表内の「虚血性心疾患」と「脳血管疾患」は入院、「慢性腎臓病(透析あり)」は外来を集計している。

ウ 人工透析患者数の推移

人工透析患者数の推移をみると、令和4年度の患者数は368人で、令和元年度の377人から9人減少しています。

また、令和4年度における新規の人工透析患者数は、男性47人、女性12人と、いずれも令和元年度から減少しています。〈表3-3-4-3〉

〈表3-3-4-3: 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	男性	262人	259人	260人	256人
	女性	114人	111人	115人	111人
	合計	377人	370人	374人	368人
	男性_新規	50人	63人	68人	47人
	女性_新規	24人	17人	28人	12人

【出典】KDB帳票 S23_001-医療費分析(1)細小分類 令和元年から令和5年 各月

※表内の「男性」「女性」「合計」は、各月の患者数から平均患者数を集計している。

※表内の「男性_新規」「女性_新規」は、各年度内の新規の人工透析患者数を集計している。

(5) 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

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

令和5年3月時点での被保険者における生活習慣病の重篤な疾患患者のうち、基礎疾患のレセプトが同時に出ている人の割合をみると、「虚血性心疾患」の患者2,946人中、「糖尿病」は57.9%、「高血圧症」は82.2%、「脂質異常症」は79.8%となっており、「脳血管疾患」の患者2,888人中、「糖尿病」は46.9%、「高血圧症」は79.8%、「脂質異常症」は64.7%となっており、人工透析の患者354人中、「糖尿病」は54.2%、「高血圧症」は92.9%、「脂質異常症」は55.1%となっています。〈表3-3-5-1〉

<表3-3-5-1: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>

		男性		女性		合計	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
虚血性心疾患		1,876人	—	1,070人	—	2,946人	—
基礎疾患	糖尿病	1,190人	63.4%	515人	48.1%	1,705人	57.9%
	高血圧症	1,606人	85.6%	817人	76.4%	2,423人	82.2%
	脂質異常症	1,524人	81.2%	826人	77.2%	2,350人	79.8%
脳血管疾患		1,753人	—	1,135人	—	2,888人	—
基礎疾患	糖尿病	918人	52.4%	437人	38.5%	1,355人	46.9%
	高血圧症	1,450人	82.7%	854人	75.2%	2,304人	79.8%
	脂質異常症	1,103人	62.9%	765人	67.4%	1,868人	64.7%
人工透析		248人	—	106人	—	354人	—
基礎疾患	糖尿病	143人	57.7%	49人	46.2%	192人	54.2%
	高血圧症	234人	94.4%	95人	89.6%	329人	92.9%
	脂質異常症	141人	56.9%	54人	50.9%	195人	55.1%

【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 基礎疾患の有病状況

また、令和5年3月時点での被保険者における生活習慣病の基礎疾患の有病者数及びその割合は、「糖尿病」が9,862人(13.4%)、「高血圧症」が16,298人(22.1%)、「脂質異常症」が14,583人(19.8%)となっています。<表3-3-5-2>

<表3-3-5-2:基礎疾患の有病状況>

		男性		女性		合計	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
被保険者数		34,616人	—	39,004人	—	73,620人	—
基礎疾患	糖尿病	5,494人	15.9%	4,368人	11.2%	9,862人	13.4%
	高血圧症	8,334人	24.1%	7,964人	20.4%	16,298人	22.1%
	脂質異常症	6,634人	19.2%	7,949人	20.4%	14,583人	19.8%

【出典】KDB帳票 S21_014-厚生労働省様式(様式3-1) 令和5年5月

(6)高額なレセプトの状況

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。)の状況をみると、令和4年度のレセプトのうち、高額なレセプトは約164億4,200万円、24,507件で、総医療費の53.5%、総レセプト件数の3.5%を占めており、上位10疾病で高額なレセプトの54.2%を占めています。

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」が第1位となっています。〈表3-3-6-1〉

〈表3-3-6-1: 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	総医療費に占める割合	レセプト件数(累計)	レセプト件数に占める割合
令和4年度の総計	30,705,349,760円	-	708,838件	-
高額なレセプトの合計	16,442,432,550円	53.5%	24,507件	3.5%

内訳(上位の疾病)

順位	疾病分類(中分類)	医療費	高額なレセプトの医療費に占める割合	件数(累計)	高額なレセプトのレセプト件数に占める割合
1位	腎不全	2,146,236,360円	13.1%	4,504件	18.4%
2位	その他の悪性新生物	1,397,420,550円	8.5%	1,709件	7.0%
3位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	1,159,465,710円	7.1%	2,735件	11.2%
4位	その他の心疾患	910,992,950円	5.5%	722件	2.9%
5位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	773,197,830円	4.7%	860件	3.5%
6位	その他の呼吸器系の疾患	727,834,310円	4.4%	896件	3.7%
7位	その他の神経系の疾患	498,299,870円	3.0%	850件	3.5%
8位	骨折	487,455,680円	3.0%	563件	2.3%
9位	その他の消化器系の疾患	414,932,020円	2.5%	690件	2.8%
10位	関節症	399,148,780円	2.4%	333件	1.4%

【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

(7)長期入院レセプトの状況

医療費のうち、6か月以上の入院患者のレセプト(以下「長期入院レセプト」という。)の状況をみると、令和4年度のレセプトのうち、長期入院レセプトは約31億円、6,511件で、総医療費の10.1%、総レセプト件数の0.9%を占めています。

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、いずれの疾患も上位10位には入っていません。〈表3-3-7-1〉

〈表3-3-7-1: 疾病分類(中分類)別_6か月以上の入院レセプトの状況〉

	医療費	総医療費に占める割合	レセプト件数(累計)	レセプト件数に占める割合
令和4年度の総計	30,705,349,760円	-	708,838件	-
長期入院レセプトの合計	3,099,582,090円	10.1%	6,511件	0.9%

内訳(上位の疾病)

順位	疾病分類(中分類)	医療費	長期入院レセプト の医療費に 占める割合	件数(累計)	長期入院レセプト のレセプト件数 に占める割合
1位	統合失調症、統合失調症型障害 及び妄想性障害	1,015,401,290円	33.0%	2,611件	40.3%
2位	その他の呼吸器系の疾患	367,665,440円	11.9%	389件	6.0%
3位	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	251,657,110円	8.2%	631件	9.7%
4位	その他の神経系の疾患	209,795,760円	6.8%	507件	7.8%
5位	てんかん	156,144,070円	5.1%	338件	5.2%
6位	症状、徴候及び異常臨床所見・異常、 検査所見で他に分類されないもの	125,385,110円	4.1%	191件	2.9%
7位	その他の精神及び行動の障害	101,740,770円	3.3%	223件	3.4%
8位	その他の消化器系の疾患	76,151,910円	2.5%	136件	2.1%
9位	その他の心疾患	73,236,290円	2.4%	89件	1.4%
10位	神経症性障害、ストレス関連障害 及び身体表現性障害	63,724,680円	2.1%	161件	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
KDB帳票 S21_012-厚生労働省様式(様式2-1) 令和4年6月から令和5年5月

4 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 特定健診受診率の推移

生活習慣病の発症及び重症化予防を目的に実施している、特定健康診査(以下「特定健診」という。)の実施状況をみると、令和4年度の特定健診受診率は43.9%であり、県平均を上回っていますが令和元年度から1.6ポイント低下しています。

また、男女別及び年代別における令和元年度からの推移をみると、男性では40～44歳及び60～64歳が上昇している一方、その他の年代は低下しており、女性では40～44歳及び45～49歳が上昇している一方、その他の年代は低下しています。また、男女とも、70～74歳の年代の受診率低下が著しくなっています。〈表3-4-1-1、3-4-1-2〉

〈表3-4-1-1: 特定健診受診率(法定報告値)〉

		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年度の差
特定健診対象者数		57,988人	57,442人	55,588人	52,357人	▲5,631人
特定健診受診者数		26,366人	25,939人	24,195人	22,978人	▲3,388人
特定健診受診率	本市	45.5%	45.2%	43.5%	43.9%	▲1.6
	県	44.0%	39.4%	41.8%	42.7%	▲1.3
	国	38.0%	33.7%	36.4%	—	—

【出典】厚生労働省 2019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

(令和元年度から令和3年度)

※法定報告値に係る図表における令和4年度の数値は速報値である(以下同様)。

<表3-4-1-2:年齢階層別_特定健診受診率>

	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年度の差
40～44歳	21.2%	23.4%	21.2%	21.3%	0.1
45～49歳	22.0%	22.2%	22.6%	21.1%	▲0.9
50～54歳	26.8%	26.2%	25.5%	24.8%	▲2.0
55～59歳	32.6%	31.6%	30.4%	29.2%	▲3.4
60～64歳	41.1%	41.0%	40.2%	39.0%	▲2.1
65～69歳	49.7%	49.8%	47.8%	47.1%	▲2.6
70～74歳	57.4%	55.4%	53.4%	52.4%	▲5.0

(男性)

	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年度の差
40～44歳	19.2%	20.2%	18.6%	19.5%	0.3
45～49歳	20.2%	20.6%	21.0%	20.0%	▲0.2
50～54歳	23.7%	23.9%	22.5%	22.9%	▲0.8
55～59歳	27.4%	27.2%	26.2%	26.4%	▲1.0
60～64歳	32.2%	34.5%	33.5%	34.6%	2.4
65～69歳	43.5%	44.6%	42.7%	43.3%	▲0.2
70～74歳	51.8%	50.5%	48.6%	49.5%	▲2.3

(女性)

	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年度の差
40～44歳	23.6%	27.0%	24.4%	24.8%	1.2
45～49歳	24.1%	24.2%	24.5%	24.4%	0.3
50～54歳	30.1%	28.7%	28.7%	29.0%	▲1.1
55～59歳	37.6%	35.9%	34.6%	34.3%	▲3.3
60～64歳	46.9%	45.4%	44.9%	45.5%	▲1.4
65～69歳	54.3%	53.7%	51.5%	53.8%	▲0.5
70～74歳	62.0%	59.3%	57.2%	57.8%	▲4.2

【出典】KDB帳票 S21.008-健診の状況 令和元年度から令和4年度 累計

※KDB帳票と法定報告値は、データの登録時期が異なるため値がずれる(以下同様)。

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18,445人で、特定健診対象者の35.2%、特定健診受診者の80.2%を占めています。

また、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る人は17,899人で、特定健診対象者の34.1%、特定健診未受診者の60.8%を占めている一方で、生活習慣病のレセプトが出ていない人は11,556人で、特定健診対象者の22.0%を占めており、これらの人の健康状態を把握するのは難しい状況にあります。

なお、特定健診受診者と特定健診未受診者における生活習慣病のレセプト保有割合の差は、健康意識の差による可能性や、健診受診が医療機関受診につながっている可能性が考えられます。〈表3-4-1-3〉

※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。

〈表3-4-1-3: 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	対象者に占める割合	人数	対象者に占める割合	人数	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	19,490人	—	32,968人	—	52,458人	—	—
特定健診受診者数	5,725人	—	17,278人	—	23,003人	—	—
生活習慣病(治療なし)	1,759人	9.0%	2,799人	8.5%	4,558人	8.7%	19.8%
生活習慣病(治療中)	3,966人	20.3%	14,479人	43.9%	18,445人	35.2%	80.2%
特定健診未受診者数	13,765人	—	15,690人	—	29,455人	—	—
生活習慣病(治療なし)	7,083人	36.3%	4,473人	13.6%	11,556人	22.0%	39.2%
生活習慣病(治療中)	6,682人	34.3%	11,217人	34.0%	17,899人	34.1%	60.8%

【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

(2) 有所見者の状況

ア 特定健診受診者における有所見者の割合

令和4年度の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をみると、「中性脂肪」、「HDL-C」、「尿酸」、「eGFR」の有所見率が、全国平均・県平均を上回っています。

〈表3-4-2-1〉

※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。

<表3-4-2-1: 特定健診受診者における有所見者の割合>

	BMI	腹囲	空腹時 血糖	HbA1c	収縮期 血圧	拡張期 血圧	中性 脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清 クレア チニン	eGFR
本市	28.2%	36.1%	4.1%	57.1%	47.7%	17.9%	33.2%	6.0%	46.0%	13.4%	7.2%	1.5%	24.3%
県	26.9%	34.9%	24.9%	58.2%	48.3%	20.7%	21.1%	3.8%	50.1%	14.0%	6.6%	1.3%	21.8%
国	28.8%	36.2%	11.8%	60.6%	50.0%	19.3%	30.0%	5.8%	47.9%	13.3%	4.1%	1.5%	24.1%

【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 ² 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 ² 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 ² 未満

【出典】KDBシステム 各帳票等の項目にかかる集計要件

イ 特定健診受診者における年代別有所見者の割合と標準化比

年代別の有所見者の割合について、国における有所見者の割合を100とした標準化比をみると、男性では「BMI」、「腹囲」、「中性脂肪」、「HDL-C」、「尿酸」、「血清クレアチニン」の標準化比が、いずれの年代においても100を超えており、女性では「BMI」、「中性脂肪」、「HDL-C」、「ALT」、「尿酸」の標準化比が、いずれの年代においても100を超えています。

<表3-4-2-2>

<表3-4-2-2: 特定健診受診者における年代別有所見者の割合・標準化比>

(男性)

		BMI	腹囲	空腹時 血糖	HbA1c	収縮期 血圧	拡張期 血圧	中性 脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清 クレア チニン
40~ 64歳	構成 割合	40.4%	58.3%	4.3%	42.6%	39.5%	27.4%	39.3%	11.8%	44.5%	30.2%	16.9%	1.4%
	標準 化比	103.8	107.0	17.2	90.7	99.9	91.2	123.9	151.4	86.8	103.2	105.5	110.9
65~ 74歳	構成 割合	33.6%	59.7%	6.9%	63.2%	52.4%	18.8%	39.9%	12.3%	36.0%	15.4%	13.8%	3.9%
	標準 化比	106.4	106.1	20.2	98.2	94.1	79.5	151.7	175.7	85.7	91.4	119.3	116.0

(女性)

		BMI	腹囲	空腹時 血糖	HbA1c	収縮期 血圧	拡張期 血圧	中性 脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清 クレア チニン
40～ 64歳	構成 割合	21.6%	16.3%	2.4%	41.8%	29.5%	15.9%	21.8%	1.3%	50.8%	10.2%	1.9%	0.1%
	標準 化比	102.2	96.8	17.3	94.0	98.0	96.6	157.3	115.0	93.0	100.6	108.4	71.8
65～ 74歳	構成 割合	23.9%	21.6%	2.7%	61.3%	52.2%	15.7%	31.0%	2.0%	51.4%	9.0%	2.2%	0.5%
	標準 化比	110.1	107.6	11.9	97.2	98.4	91.7	185.6	153.7	95.3	106.9	120.4	156.0

【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

(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

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みると、特定健診受診者23,003人のうち、メタボ該当者は5,407人で該当者割合は23.5%と、該当者割合は全国平均・県平均を上回っています。

男女別で特定健診受診者に占める割合をみると、男性では38.4%が、女性では13.4%がメタボ該当者となっています。

また、令和4年度の特定健診受診者のうち、メタボ予備群該当者は2,317人で該当者割合は10.1%と、該当者割合は全国平均・県平均を下回っています。男女別で特定健診受診者に占める割合をみると、男性では16.9%が、女性では5.5%がメタボ予備群該当者となっています。〈表3-4-3-1〉

〈表3-4-3-1: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〉

	本市		県	国
	対象者数	割合	割合	割合
メタボ該当者	5,407人	23.5%	23.2%	20.6%
男性	3,574人	38.4%	37.0%	32.9%
女性	1,833人	13.4%	13.2%	11.3%
メタボ予備群該当者	2,317人	10.1%	10.4%	11.1%
男性	1,568人	16.9%	16.8%	17.8%
女性	749人	5.5%	5.8%	6.0%

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

<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項目以上該当
メタボ予備群該当者	90cm(女性)以上	以下の追加リスクのうち1項目該当
追加リスク	血糖	空腹時血糖110mg/dL以上
	血圧	収縮期血圧130mmHg以上又は拡張期血圧85mmHg以上
	脂質	中性脂肪150mg/dL以上又は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

令和元年度と令和4年度で、特定健診受診者のうちメタボ該当者数を比較すると428人減少していますが、該当者の割合は1.5ポイント増加しています。

また、同様に、メタボ予備群該当者数を比較すると329人減少していますが、該当者の割合は同程度で推移しています。<表3-4-3-2>

<表3-4-3-2:メタボ該当者数・メタボ予備群該当者数の推移>

(メタボ該当者)

	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	該当者数	割合	該当者数	割合	該当者数	割合	該当者数	割合
本市	5,835人	22.0%	6,257人	24.1%	5,735人	23.7%	5,407人	23.5%
男性	3,811人	36.2%	4,100人	39.0%	3,801人	38.9%	3,574人	38.4%
女性	2,024人	12.7%	2,157人	14.0%	1,934人	13.4%	1,833人	13.4%
県	14,714人	21.7%	14,099人	23.3%	14,202人	23.0%	13,616人	23.2%
国	1,437,588人	19.2%	1,377,962人	20.8%	1,431,674人	20.6%	1,321,197人	20.6%

(メタボ予備群該当者)

	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	該当者数	割合	該当者数	割合	該当者数	割合	該当者数	割合
本市	2,646人	10.0%	2,647人	10.2%	2,450人	10.1%	2,317人	10.1%
男性	1,757人	16.7%	1,771人	16.9%	1,639人	16.8%	1,568人	16.9%
女性	889人	5.6%	876人	5.7%	811人	5.6%	749人	5.5%
県	-	10.4%	-	10.5%	-	10.7%	-	10.4%
国	-	11.1%	-	11.3%	-	11.2%	-	11.1%

【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

ウ メタボ該当者とメタボ予備群該当者における追加リスクの重複状況

メタボ該当者及びメタボ予備群該当者における追加リスクの重複状況をみると、メタボ該当者については「高血圧・脂質異常該当者」が多く、5,407人中2,592人が該当し、特定健診受診者数の11.3%を占めています。

また、メタボ予備群該当者では「高血圧予備群」が多く、2,317人中1,431人が該当し、特定健診受診者数の6.2%を占めています。〈表3-4-3-3〉

〈表3-4-3-3:メタボ該当者・メタボ予備群該当者における追加リスクの重複状況〉

	男性		女性		合計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
特定健診受診者数	9,303人	—	13,700人	—	23,003人	—
腹囲基準値以上	5,518人	59.3%	2,782人	20.3%	8,300人	36.1%
メタボ該当者	3,574人	38.4%	1,833人	13.4%	5,407人	23.5%
高血糖・高血圧該当者	380人	4.1%	172人	1.3%	552人	2.4%
高血糖・脂質異常該当者	211人	2.3%	99人	0.7%	310人	1.3%
高血圧・脂質異常該当者	1,706人	18.3%	886人	6.5%	2,592人	11.3%
高血糖・高血圧・脂質異常該当者	1,277人	13.7%	676人	4.9%	1,953人	8.5%
メタボ予備群該当者	1,568人	16.9%	749人	5.5%	2,317人	10.1%
高血糖該当者	99人	1.1%	44人	0.3%	143人	0.6%
高血圧該当者	963人	10.4%	468人	3.4%	1,431人	6.2%
脂質異常該当者	506人	5.4%	237人	1.7%	743人	3.2%
腹囲のみ該当者	376人	4.0%	200人	1.5%	576人	2.5%

【出典】KDB帳票 S21_025-厚生労働省様式(様式5-3) 令和4年度 年次

(4) 特定保健指導実施率

「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、特定保健指導の実施状況をみると、令和4年度における特定健診受診者22,978人のうち、特定保健指導の対象者数は2,748人で、11.9%を占めています。

この令和4年度におけ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の割合(以下「特定保健指導実施率」という。)は23.5%で、県平均を下回っており、令和元年度の実施率38.7%から15.2ポイント低下しています。

また、支援区分別の特定保健指導実施率の推移をみると、積極的支援の令和4年度における実施率は1.4%で、令和元年度の29.8%から28.4ポイント低下し、動機付け支援の令和4年度における実施率は29.1%で、令和元年度の40.6%から11.5ポイント低下しています。〈表3-4-4-1〉〈表3-4-4-2〉

〈表3-4-4-1: 特定保健指導実施率(法定報告値)〉

	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年度の差
特定健診受診者数	26,366人	25,939人	24,195人	22,978人	▲3,388人
特定保健指導対象者数	3,389人	3,414人	3,009人	2,748人	▲641人
特定保健指導該当者割合	12.9%	13.2%	12.4%	11.9%	▲1.0

特定保健指導実施者数		1,313人	1,383人	721人	645人	▲668人
特定保健指導 実施率	本市(目標値)	55.0%	60.0%	60.0%	60.0%	—
	(実績値)	38.7%	40.5%	24.0%	23.5%	▲15.2
	県	34.6%	33.9%	24.5%	26.0%	▲8.6
	国	29.3%	27.9%	27.9%	—	—

【出典】厚生労働省 2019年度から2021年度 特定健診・特定保健指導実施状況(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 令和元年度から令和3年度
 <表3-4-4-2: 支援区分別特定保健指導の実施率・対象者数・実施者数>

		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年度の差
積極的支援	実施率	29.8%	32.4%	21.6%	1.4%	▲28.4
	対象者数	654人	689人	619人	563人	▲91人
	実施者数	195人	223人	134人	8人	▲187人
動機付け支援	実施率	40.6%	42.6%	24.6%	29.1%	▲11.5
	対象者数	2,740人	2,725人	2,393人	2,187人	▲553人
	実施者数	1,112人	1,161人	589人	636人	▲476人

【出典】KDB帳票 S21_008-健診の状況 令和元年度から令和4年度 累計

※表3-4-4-1と表3-4-4-2における対象者数・実施者数のずれは法定報告値とKDB帳票の差によるもの。

(5) 特定保健指導による特定保健指導対象者数の減少率

ある年度の特定保健指導実施者のうち、翌年度に特定保健指導の対象外となった者の割合をみると、令和3年度の特定保健指導実施者738人のうち令和4年度に特定保健指導の対象ではなくなった者の数は166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22.5%と、県平均を上回っており、本市における令和元年度の値である20.9%から1.6ポイント向上しています。<表3-4-5-1>

<表3-4-5-1: 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)>

		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 年度の減少率差
前年度特定保健指導利用者数		1,213人	1,371人	1,467人	738人	—
前年度特定保健指導利用者の うち、当該年度保健指導非対 象者数		254人	286人	331人	166人	—
特定保健指導による 特定保健指導対象 者の減少率	高松市	20.9%	20.9%	22.6%	22.5%	1.6
	県	21.1%	18.4%	22.1%	21.1%	0

【出典】特定健診等データ管理システム TKCA014 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

特定健診受診者において、1項目でも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(以下「受診勧奨対象者」という。)の割合をみると、令和4年度における受診勧奨対象者数は12,920人で、特定健診受診者に占める該当者の割合は56.2%と、全国平均・県平均を下回っており、令和元年度から0.5ポイント減少しています。〈表3-4-6-1〉

〈表3-4-6-1: 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		26,466人	25,959人	24,208人	23,003人	—
医療機関への受診勧奨対象者数		15,011人	15,423人	14,134人	12,920人	—
受診勧奨 対象者率	本市	56.7%	59.4%	58.4%	56.2%	▲0.5
	県	57.4%	59.9%	59.2%	57.8%	0.4
	国	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

〈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 ² 未滿
拡張期血圧	90mmHg以上	ヘモグロビン	男性12.1g/dL未滿、女性11.1g/dL未滿		

※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と、血糖では、令和4年度特定健診においてHbA1c8.0%以上の人は222人で、受診者の1.0%を占めており、その割合は令和元年度からわずかに減少しています。

血圧では、令和4年度特定健診においてⅡ度高血圧以上の人は1,372人で、受診者の6.0%を占めており、その割合は令和元年度から増加しています。

脂質では、令和4年度特定健診においてLDL-C160mg/dL以上の人は1,995人で、受診者の8.7%を占めていますが、その割合は令和元年度から減少しています。

〈表3-4-6-2〉

<表3-4-6-2: 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	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
特定健診受診者数		26,466人	—	25,959人	—	24,208人	—	23,003人	—
血糖 (HbA1c)	6.5%以上7.0%未満	1,287人	4.9%	1,293人	5.0%	1,147人	4.7%	1,104人	4.8%
	7.0%以上8.0%未満	788人	3.0%	826人	3.2%	773人	3.2%	712人	3.1%
	8.0%以上	279人	1.1%	336人	1.3%	265人	1.1%	222人	1.0%
	合計	2,354人	8.9%	2,455人	9.5%	2,185人	9.0%	2,038人	8.9%
血圧	I 度高血圧	5,421人	20.5%	6,073人	23.4%	5,393人	22.3%	4,971人	21.6%
	II 度高血圧	1,152人	4.4%	1,435人	5.5%	1,255人	5.2%	1,169人	5.1%
	III 度高血圧	222人	0.8%	328人	1.3%	266人	1.1%	203人	0.9%
	合計	6,795人	25.7%	7,836人	30.2%	6,914人	28.6%	6,343人	27.6%
脂質 (LDL-C)	140mg/dL以上160mg/dL未満	4,112人	15.5%	4,013人	15.5%	3,617人	14.9%	3,263人	14.2%
	160mg/dL以上180mg/dL未満	1,894人	7.2%	1,794人	6.9%	1,656人	6.8%	1,415人	6.2%
	180mg/dL以上	926人	3.5%	883人	3.4%	824人	3.4%	580人	2.5%
	合計	6,932人	26.2%	6,690人	25.8%	6,097人	25.2%	5,258人	22.9%

【出典】KDB帳票 S21_008-健診の状況 令和元年度から令和4年度 累計
KDB帳票 S26_005-保健指導対象者一覧(受診勧奨判定値の者) 令和元年度から令和4年度 累計

<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/又は 拡張期血圧90-99mmHg
II 度高血圧	収縮期血圧160-179mmHg かつ/又は 拡張期血圧100-109mmHg
III 度高血圧	収縮期血圧180mmHg以上 かつ/又は 拡張期血圧110mmHg以上

【出典】KDBシステム 各帳票等の項目にかかる集計要件

ウ 受診勧奨対象者における医療機関の受診状況

受診勧奨対象者の医療機関の受診状況をみると、令和3年度における特定健診受診者24,208人のうち、医療機関の受診が確認されていない未治療者の割合は5.9%であり、全国平均・県平均を下回っており、令和元年度から0.4ポイント増加しています。

<表3-4-6-3>

※未治療者: 特定健診受診者のうち、受診勧奨対象者かつ特定健診実施から6か月以内に医療機関を受診していない者

<表3-4-6-3: 受診勧奨対象者における未治療者率>

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和元年度と 令和3年度の 未治療者率の差
特定健診受診者数		26,466人	25,959人	24,208人	—
(参考)医療機関への受診勧奨対象者数		15,011人	15,423人	14,134人	—
未治療者数		1,448人	1,562人	1,437人	—
未治療者率	本市	5.5%	6.0%	5.9%	0.4
	県	5.7%	6.1%	6.3%	0.6
	国	5.9%	5.9%	6.2%	0.3

【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3年度 累計

エ 受診勧奨対象者における服薬状況

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と、令和4年度の健診において、血糖がHbA1c8.0%以上であった222人のうち28人(12.6%)、血圧がⅡ度高血圧以上であった1,372人のうち657人(47.9%)、脂質がLDL-C160mg/dL以上であった1,995人のうち1,499人(75.1%)が、いずれも服薬をしていませんでした。

また、腎機能については、eGFR45ml/分/1.73m²未満であった425人のうち64人(15.1%)が、血糖や血圧などの薬剤の服薬をしていませんでした。〈表3-4-6-4〉

〈表3-4-6-4: 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	服薬なし(人数)	服薬なし(割合)
6.5%以上7.0%未満	1,104人	373人	33.8%
7.0%以上8.0%未満	712人	92人	12.9%
8.0%以上	222人	28人	12.6%
合計	2,038人	493人	24.2%

(血圧)

	該当者数	服薬なし(人数)	服薬なし(割合)
I度高血圧	4,971人	2,518人	50.7%
Ⅱ度高血圧	1,169人	568人	48.6%
Ⅲ度高血圧	203人	89人	43.8%
合計	6,343人	3,175人	50.1%

(脂質(LDL-C))

	該当者数	服薬なし(人数)	服薬なし(割合)
140mg/dL以上160mg/dL未満	3,263人	2,689人	82.4%
160mg/dL以上180mg/dL未満	1,415人	1,103人	78.0%
180mg/dL以上	580人	396人	68.3%
合計	5,258人	4,188人	79.7%

(腎機能)

	該当者数	服薬なし(人数)	服薬なし(割合)	服薬なしかつ透析なし(人数)	服薬なしかつ透析なし(割合)
30ml/分/1.73m ² 以上 45ml/分/1.73m ² 未満	344人	58人	16.9%	50人	14.5%
15ml/分/1.73m ² 以上 30ml/分/1.73m ² 未満	52人	1人	1.9%	1人	1.9%
15ml/分/1.73m ² 未満	29人	5人	17.2%	0人	0.0%
合計	425人	64人	15.1%	51人	12.0%

【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) 質問票の回答状況

ア 特定健診受診者における質問票の回答状況

令和4年度における特定健診での質問票の回答状況から、高松市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の状況をみると、「20歳時体重から10kg以上増加」、「食べる速度が速い」の回答割合が全国平均・県平均を上回っています。〈表3-4-7-1〉

〈表3-4-7-1: 特定健診受診者における質問票項目別回答者の割合〉

	喫煙	20歳時体重から10kg以上増加	1回30分以上運動習慣なし	1日1時間以上身体活動なし	歩行速度遅い	食べる速度が速い	週3回以上就寝前夕食	週3回以上朝食を抜く	毎日飲酒	1日3合以上飲酒	睡眠不足	生活改善意欲なし	咀嚼ほとんどかめない	間食毎日
本市	10.4%	36.0%	58.6%	50.1%	51.9%	27.3%	12.9%	8.9%	21.4%	1.8%	26.3%	25.8%	1.0%	24.5%
県	10.6%	35.9%	60.0%	51.2%	54.6%	26.9%	13.0%	8.1%	21.4%	1.7%	27.2%	26.5%	1.0%	24.6%
国	12.7%	34.6%	59.3%	47.5%	50.4%	26.4%	14.7%	9.7%	24.6%	2.5%	24.9%	27.5%	0.8%	21.7%

【出典】KDB帳票 S25_001-質問票調査の経年比較 令和4年度 年次

イ 特定健診受診者における年代別質問票の回答状況と標準化比

国における各設問への回答者割合を100とした標準化比を年代別にみると、男性では「咀嚼_ほとんどかめない」、「3食以外間食_毎日」、「睡眠不足」の標準化比がいずれの年代においても特に高く、65歳から74歳の年代では、「咀嚼_ほとんどかめない」、「3食以外間食_毎日」の標準化比が特に高くなっています。

女性では「3食以外間食_毎日」、「20歳時体重から10kg以上増加」、「1日1時間以上身体活動なし」などの標準化比がいずれの年代においても高く、65歳から74歳の年代では、「咀嚼_ほとんどかめない」、「3食以外間食_毎日」の標準化比が特に高くなっています。

また、65歳から74歳の年代では、男女とも「1日1時間以上身体活動なし」、「歩行速度遅い」の標準化比が高くなっています。〈表3-4-7-2〉

〈表3-4-7-2: 特定健診受診者における年代別質問項目回答者の割合・標準化比〉

(男性)

	喫煙	20歳時体重から10kg以上増加	1回30分以上運動習慣なし	1日1時間以上身体活動なし	歩行速度遅い	食べる速度が速い	週3回以上就寝前夕食	週3回以上朝食を抜く	毎日飲酒	1日3合以上飲酒	睡眠不足	生活改善意欲なし	咀嚼ほとんどかめない	間食毎日	
40～64歳	回答割合	24.5%	51.8%	63.8%	54.6%	50.7%	38.4%	28.3%	24.4%	32.0%	7.0%	28.3%	24.2%	1.2%	18.2%
	標準化比	82.6	106.4	97.8	109.9	100.0	103.6	98.7	103.6	89.7	89.1	107.2	90.4	117.4	109.5

65～ 74歳	回答割合	16.8%	45.3%	50.2%	50.5%	50.1%	29.6%	13.8%	7.5%	39.8%	2.3%	23.1%	33.4%	1.9%	16.2%
	標準化比	91.3	106.0	95.3	106.4	101.4	108.6	83.1	101.6	90.0	82.7	110.2	99.1	151.1	120.7

(女性)

		喫煙	20歳時 体重から 10kg以上 増加	1回 30分 以上 運動 習慣 なし	1日 1時間 以上 身体 活動 なし	歩行 速度 遅い	食べる 速度が 速い	週3回 以上 就寝 前 夕食	週3回 以上 朝食を 抜く	毎日 飲酒	1日 3合 以上 飲酒	睡眠 不足	生活 改善 意欲 なし	咀嚼 ほとんど かめない	間食 毎日
40～ 64歳	回答割合	9.3%	30.2%	72.4%	51.2%	56.7%	26.1%	15.6%	15.2%	14.3%	1.9%	30.2%	16.9%	0.3%	30.2%
	標準化比	90.9	103.9	101.3	104.7	103.7	101.6	104.2	100.0	93.8	94.3	100.9	84.1	62.0	102.4
65～ 74歳	回答割合	3.1%	28.0%	58.6%	48.5%	51.8%	23.6%	7.8%	4.4%	9.0%	0.1%	26.7%	23.9%	0.7%	29.8%
	標準化比	78.9	107.6	102.6	105.5	105.1	104.3	90.2	93.7	88.2	52.1	105.7	91.0	128.8	113.4

【出典】KDB帳票 S21_007-質問票調査の状況 令和4年度 累計

5 高齢者の状況

(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、国保の加入者数は73,620人、加入率は17.5%で、全国平均・県平均を下回っています。後期高齢者医療制度(以下「後期高齢」という。)の加入者数は63,670人、加入率は15.2%で、全国平均・県平均を下回っています。

<表3-5-1-1>

<表3-5-1-1: 保険種別の被保険者構成>

	国保	後期高齢
人口	419,628人	
保険加入者数	73,620人	63,670人
加入率	17.5%	15.2%
(参考)県 加入率	18.8%	17.2%
(参考)国 加入率	19.7%	15.4%

【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

生活習慣病における重篤な疾患である「心臓病」、「脳血管疾患」に加えて、フレイル予防という観点で「筋・骨格関連疾患」も併せて、年代別の要介護(要支援)認定者における有病状況をみると、前期高齢者である65～74歳における有病割合では、「糖尿病」が3.0ポイント、「心臓病」が1.7ポイント、「筋・骨格関連疾患」が2.6ポイント、全国平均を上回っている一方で、「脳血管疾患」が0.4ポイント下回っています。

また、75歳以上における認定者の有病割合では、「糖尿病」が3.7ポイント、「心臓病」が5.8ポイント、「筋・骨格関連疾患」が6.4ポイント、全国平均を上回っている一方で、「脳血管疾患」が0.2ポイント下回っています。

<表3-5-2-1>

<表3-5-2-1: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		
	本市	国	国との差	本市	国	国との差
糖尿病	24.6%	21.6%	3.0	28.6%	24.9%	3.7
高血圧症	36.9%	35.3%	1.6	60.4%	56.3%	4.1
脂質異常症	25.8%	24.2%	1.6	36.9%	34.1%	2.8
心臓病	41.8%	40.1%	1.7	69.4%	63.6%	5.8
脳血管疾患	19.3%	19.7%	▲0.4	22.9%	23.1%	▲0.2
筋・骨格関連疾患	38.5%	35.9%	2.6	62.8%	56.4%	6.4
精神疾患	28.3%	25.5%	2.8	42.7%	38.7%	4.0

【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

国保の一人当たり月額医療費を全国平均と比較すると、入院医療費は2,040円上回り、外来医療費は2,580円上回っています。

一方、後期高齢の一人当たり月額医療費を全国平均と比較すると、入院医療費は、860円下回っていますが、外来医療費は4,270円上回っています。

また、医療費に占める入院医療費の割合は、国保では0.6ポイント全国平均を上回っていますが、後期高齢では3.5ポイント下回っています。<表3-5-3-1>

<表3-5-3-1:保険種別の一人当たり月額医療費及び入院医療費の状況>

	国保			後期高齢		
	本市	国	国との差	本市	国	国との差
(入院)一人当たり医療費	13,690円	11,650円	2,040円	35,960円	36,820円	▲860円
(外来)一人当たり医療費	19,980円	17,400円	2,580円	38,610円	34,340円	4,270円
総医療費に占める入院医療費の割合	40.7%	40.1%	0.6	48.2%	51.7%	▲3.5

【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、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15.5%を占めていますが、全国平均を1.3ポイント下回っています。

後期高齢では「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12.5%を占めており、全国平均を0.1ポイント上回っています。

重篤な生活習慣病の医療費に絞って疾病別構成割合をみると、後期高齢の「脳梗塞」、「慢性腎臓病(透析なし)」の医療費構成割合は、いずれも国保より上回っています。

<表3-5-3-2>

<表3-5-3-2: 保険種別医療費の状況>

疾病名	国保			後期高齢		
	本市	国	国との差	本市	国	国との差
糖尿病	5.7%	5.4%	0.3	4.5%	4.1%	0.4
高血圧症	2.6%	3.1%	▲0.5	2.6%	3.0%	▲0.4
脂質異常症	1.8%	2.1%	▲0.3	1.4%	1.4%	0.0
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	0.2%	0.1%	0.1	0.1%	0.2%	▲0.1
がん	15.5%	16.8%	▲1.3	12.1%	11.2%	0.9
脳出血	0.4%	0.7%	▲0.3	0.5%	0.7%	▲0.2
脳梗塞	1.1%	1.4%	▲0.3	2.2%	3.2%	▲1.0
狭心症	1.2%	1.1%	0.1	1.2%	1.3%	▲0.1
心筋梗塞	0.3%	0.3%	0.0	0.4%	0.3%	0.1
慢性腎臓病 (透析あり)	5.1%	4.4%	0.7	3.7%	4.6%	▲0.9
慢性腎臓病 (透析なし)	0.4%	0.3%	0.1	0.6%	0.5%	0.1
精神疾患	9.7%	7.9%	1.8	2.7%	3.6%	▲0.9
筋・骨格関連疾患	8.8%	8.7%	0.1	12.5%	12.4%	0.1

【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)

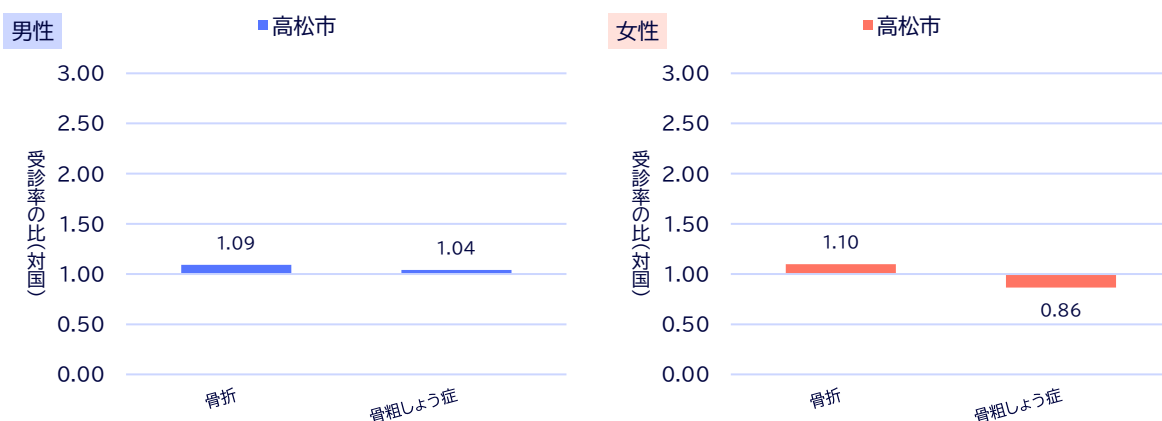
※ここでは、総医療費に占める各疾病の医療費の割合を集計している。

(4) 前期高齢者における骨折及び骨粗しょう症の受診率

前期高齢者における「骨折」及び「骨粗しょう症」の受診率をみると、男性では「骨折」、「骨粗しょう症」の受診率は全国平均を上回っています。また、女性では「骨折」の受診率は全国平均を上回っていますが、「骨粗しょう症(外来)」の受診率は全国平均を下回っています。

<図3-5-4-1>

<図3-5-4-1:前期高齢者の骨折及び骨粗しょう症の受診率比較>



【出典】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
 ※表内の「骨折」は入院及び外来、「骨粗しょう症」は外来を集計している。

(5)後期高齢における健診受診状況

健診受診の状況を見ると、後期高齢の健診受診率は43.0%で、全国平均を18.2ポイント上回っています。次に、健診受診者に占める受診勧奨対象者の割合は61.2%で、全国平均を0.3ポイント上回っています。

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みると、「血糖」、「血糖・脂質」の該当割合が全国平均を上回っています。<表3-5-5-1>

<表3-5-5-1:後期高齢者の健診状況>

		本市	国	国との差
健診受診率		43.0%	24.8%	18.2
受診勧奨対象者率		61.2%	60.9%	0.3
有所見者の状況	血糖	6.2%	5.7%	0.5
	血压	23.5%	24.3%	▲0.8
	脂質	10.5%	10.8%	▲0.3
	血糖・血压	2.9%	3.1%	▲0.2
	血糖・脂質	1.5%	1.3%	0.2
	血压・脂質	6.0%	6.9%	▲0.9
	血糖・血压・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	収縮期血压	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	拡張期血压	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

(6)後期高齢の健診受診者における質問票の回答状況

後期高齢の健診受診者における質問票の回答状況をみると、「健康状態が「よくない」」、「半年前に比べて硬いものが「食べにくくなった」」、「お茶や汁物等で「むせることがある」」、「6か月間で2～3kg以上の体重減少が「あった」」、「以前に比べて「歩行速度が遅くなったと思う」」、「この1年間に「転倒したことがある」」、「ウォーキング等の運動を「週に1回以上していない」」、「周囲の人から「物忘れがあるとされたことがある」」、「今日が何月何日かわからない日がある」、「週に1回以上外出して「いない」」、「ふだんから家族や友人との付き合いが「ない」」の回答割合が全国平均を上回っています。〈表3-5-6-1〉

〈表3-5-6-1:後期高齢者における質問票の回答状況〉

カテゴリー	項目・回答	回答割合		
		本市	国	国との差
健康状態	健康状態が「よくない」	1.3%	1.1%	0.2
心の健康	毎日の生活に「不満」	1.1%	1.1%	0.0
食習慣	1日3食「食べていない」	4.8%	5.4%	▲0.6
口腔・嚥下	半年前に比べて硬いものが「食べにくくなった」	31.2%	27.7%	3.5
	お茶や汁物等で「むせることがある」	25.9%	20.9%	5.0
体重変化	6か月間で2～3kg以上の体重減少が「あった」	14.0%	11.7%	2.3
運動・転倒	以前に比べて「歩行速度が遅くなったと思う」	62.1%	59.1%	3.0
	この1年間に「転倒したことがある」	22.5%	18.1%	4.4
	ウォーキング等の運動を「週に1回以上していない」	42.8%	37.1%	5.7
認知	周囲の人から「物忘れがあるとされたことがある」	20.3%	16.2%	4.1
	今日が何月何日かわからない日がある	29.6%	24.8%	4.8
喫煙	たばこを「吸っている」	4.0%	4.8%	▲0.8
社会参加	週に1回以上外出して「いない」	11.0%	9.4%	1.6
	ふだんから家族や友人との付き合いが「ない」	6.7%	5.6%	1.1
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」	4.5%	4.9%	▲0.4

【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)

6 その他の状況

(1)重複服薬の状況

重複服薬の状況をみると、重複処方該当者数は868人となっています。被保険者1万人当たりでは117.9人、県全体では106.3人となっています。

〈表3-6-1-1〉〈表3-6-1-2〉

※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以上又は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が2以上に該当する者

＜表3-6-1-1: 重複服薬の状況(薬効分類単位で集計)＞ (人)

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	2,482	700	244	94	53	24	12	6	4	3
	3医療機関以上	168	124	79	45	29	15	7	4	3	2
	4医療機関以上	37	32	27	17	10	9	5	2	2	2
	5医療機関以上	12	10	8	4	2	2	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

＜表3-6-1-2: 香川県の重複服薬の状況(薬効分類単位で集計)＞ (人)

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	5,947	1,550	511	187	93	43	25	12	6	4
	3医療機関以上	360	244	151	88	51	26	15	8	5	3
	4医療機関以上	59	46	40	29	20	16	10	4	3	2
	5医療機関以上	19	13	11	7	4	4	2	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

(2) 多剤服薬の状況

多剤服薬の状況を見ると、多剤処方該当者数は250人となっています。被保険者1万人当たりでは34.0人、県全体では27.8人となっています。＜表3-6-2-1＞＜表3-6-2-2＞

※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

＜表3-6-2-1: 多剤服薬の状況(薬効分類単位で集計)＞ (人)

処方日数	処方薬剤数(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
1日以上	36,277	29,844	23,395	17,393	12,514	8,881	6,224	4,233	2,794	1,865	250	35
15日以上	29,410	25,942	21,071	16,124	11,882	8,568	6,060	4,144	2,748	1,843	250	35
30日以上	25,105	22,266	18,307	14,282	10,681	7,788	5,556	3,842	2,583	1,747	248	35
60日以上	13,296	12,033	10,258	8,308	6,424	4,816	3,565	2,569	1,797	1,235	200	33
90日以上	5,852	5,355	4,649	3,855	3,028	2,310	1,725	1,279	910	621	124	25
120日以上	2,579	2,430	2,181	1,835	1,476	1,140	873	657	478	328	69	16
150日以上	1,292	1,209	1,074	912	747	584	460	341	247	166	39	10
180日以上	801	735	639	535	437	337	261	190	136	92	25	6

【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3-6-2-2:香川県の多剤服薬の状況(薬効分類単位で集計)>

(人)

処方日数	処方薬効数(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
1日以上	91,305	75,300	59,210	44,023	31,761	22,328	15,510	10,480	6,862	4,466	500	51
15日以上	74,707	65,909	53,604	40,990	30,244	21,602	15,156	10,289	6,774	4,428	500	51
30日以上	61,910	55,062	45,452	35,531	26,698	19,344	13,741	9,446	6,308	4,163	489	50
60日以上	31,630	28,692	24,530	19,924	15,463	11,570	8,507	6,066	4,179	2,849	385	46
90日以上	13,980	12,809	11,119	9,209	7,264	5,538	4,112	3,001	2,090	1,456	230	34
120日以上	6,219	5,839	5,204	4,378	3,469	2,698	2,035	1,500	1,073	745	130	21
150日以上	3,184	2,965	2,626	2,196	1,748	1,378	1,061	775	560	382	71	14
180日以上	1,889	1,725	1,512	1,246	1,000	785	591	427	307	207	44	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

(3)後発医薬品の使用状況

令和5年3月時点の後発医薬品の使用割合は78.3%で、県平均の78.5%を0.2ポイント下回っています。<表3-6-3-1>

<表3-6-3-1:後発医薬品の使用状況>

	令和2年3月	令和2年9月	令和3年3月	令和3年9月	令和4年3月	令和4年9月	令和5年3月
本市	75.1%	76.1%	76.8%	76.6%	76.7%	77.0%	78.3%
県	75.3%	76.3%	77.1%	77.0%	77.2%	77.4%	78.5%

【出典】厚生労働省 保険者別の後発医薬品の使用割合

(4)5がん(胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん)検診の受診率

国保被保険者におけるがん検診の受診状況をみると、下表の5つのがんの検診平均受診率は15.4%で、県平均・全国平均を下回っています。<表3-6-4-1>

<表3-6-4-1:国保被保険者におけるがん検診の受診状況>

	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん	5がん平均
本市	9.6%	11.3%	19.3%	16.4%	20.4%	15.4%
県	13.5%	16.3%	19.6%	18.3%	22.7%	18.1%
国	12.1%	15.2%	16.0%	16.2%	18.2%	15.5%

【出典】厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告 令和3年度

7 健康課題の整理

(1) 健康課題の全体像の整理

※ 第2章及び第3章から抜粋・編集した内容となっています。

死亡・要介護状態	
平均寿命 健康寿命	<ul style="list-style-type: none"> ・男性の平均寿命は81.3年で、県平均・全国平均を上回っています。女性の平均寿命は87.3年で、県平均・全国平均を上回っています。<表2-1-2-1> ・男性の健康寿命は79.7年で、県平均・全国平均を下回り、全国平均より0.4年短くなっています。女性の健康寿命は83.9年で、県平均・全国平均を下回り、全国平均より0.5年短くなっています。<表2-1-2-1>
死亡	<ul style="list-style-type: none"> ・保健事業により予防可能な疾患について、令和3年度における死因別の順位と割合をみると、「脳血管疾患」が第3位(6.8%)、「虚血性心疾患」が第7位(3.3%)、「腎不全」が第15位(1.3%)と、いずれも死因の上位に位置しています。<表3-1-1-1> ・保健事業により予防可能な疾患について、平成25年から29年までの、年齢調整を行った標準化死亡比(SMR)をみると、男性では「急性心筋梗塞」が67.2、「脳血管疾患」が84.4、「腎不全」が92.8となっており、女性では「急性心筋梗塞」が79.3、「脳血管疾患」が89.2、「腎不全」が98.4となっています。<表3-1-2-1>
介護	<ul style="list-style-type: none"> ・平均寿命と健康寿命の差は、男性は1.6年、女性は3.4年となっています。<表2-1-2-1> ・介護認定者における有病割合をみると、「心臓病」は65.6%、「脳血管疾患」は22.4%であり、これらの重篤な疾患に進行する可能性のある基礎疾患の有病割合は、「高血圧症」は57.2%、「脂質異常症」は35.3%、「糖尿病」は27.8%となっています。<表3-2-3-1>
生活習慣病重症化	
医療費	<ul style="list-style-type: none"> ・入院 <ul style="list-style-type: none"> ・保健事業により予防可能な疾患について、入院医療費の上位をみると、「虚血性心疾患」が11位(2.8%)、「脳梗塞」が14位(2.1%)となっています。<表3-3-2-2> ・生活習慣病の重篤な疾患の患者には、基礎疾患(「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」)を有している人が多くなっています。<表3-3-5-1>
	<ul style="list-style-type: none"> ・外来(透析) <ul style="list-style-type: none"> ・疾病別の一人当たり医療費をみると、「腎不全」が最も高く、外来医療費全体の10.1%を占めています。<表3-3-3-1>

	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病における重篤な疾患の受診率をみると、「慢性腎臓病(透析あり)」は、全国平均を上回っています。〈表3-3-4-1〉 人工透析を行っている患者のうち、「糖尿病」を有している人は54.2%、「高血圧症」を有している人は92.9%、「脂質異常症」を有している人は55.1%となっています。〈表3-3-5-1〉
・入院・外来	<ul style="list-style-type: none"> 重篤な生活習慣病に絞って、医療費の疾病別構成割合をみると、後期高齢における「脳梗塞」、「慢性腎臓病(透析なし)」が占める割合は、いずれも国保における割合を上回っています。〈表3-5-3-2〉



◀重症化予防

生活習慣病		
医療費	・外来	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病における基礎疾患及び「慢性腎臓病(透析なし)」の外来受診率をみると、「糖尿病」が全国平均を上回っています。〈表3-3-4-1〉 令和5年3月時点での被保険者における生活習慣病の基礎疾患の有病者数の割合は、「糖尿病」が13.4%、「高血圧症」が22.1%、「脂質異常症」が19.8%となっています。〈表3-3-5-2〉
特定健診	・受診勧奨対象者	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度における特定健診受診者に占める受診勧奨対象者の割合は56.2%で、令和元年度から0.5ポイント減少しています。〈表3-4-6-1〉 令和4年度における受診勧奨対象者のうち、服薬が確認されていない人の割合は、血糖ではHbA1cが8.0%以上であった人の12.6%、血圧ではⅡ度高血圧以上であった人の47.9%、脂質ではLDL-Cが160mg/dL以上であった人の75.1%、腎機能ではeGFRが45ml/分/1.73m²未満であった人の15.1%となっています。〈表3-4-6-4〉



◀生活習慣病発症予防・保健指導

生活習慣病予備群・メタリックシンドローム		
特定健診	<ul style="list-style-type: none"> メタボ該当者 メタボ予備群該当者 特定健診有所見者 	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の特定健診受診者におけるメタボ該当者は23.5%と、令和元年度から増加しており、メタボ予備群該当者は10.1%と、同程度で推移しています。〈表3-4-3-2〉 令和4年度における特定保健指導実施率は23.5%と県平均を下回っています。〈表3-4-4-1〉 有所見該当者の割合について、国における割合を100とした標準化比をみると、男性では「BMI」、「腹囲」、「中性脂肪」、「HDL-C」、「尿酸」、「血清クレアチニン」の標準化比が、いずれの年代においても100を超えています。女性では「BMI」、「中性脂肪」、「HDL-C」、「ALT」、「尿酸」の標準化比が、いずれの年代においても100を超えています。〈表3-4-2-2〉

不健康な生活習慣	
健康に関する意識	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度における特定健診受診率は43.9%と、県平均を上回っています。＜表3-4-1-1＞ ・令和4年度における特定健診対象者について、特定健診未受診で生活習慣病のレセプトが出ていない人が22.0%を占めています。＜表3-4-1-3＞
特定健診	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣 ・令和4年度における特定健診受診者の質問票の回答割合について、国を100とした標準化比は、男性では「咀嚼_ほとんどかめない」、「3食以外間食_毎日」、「睡眠不足」の標準化比がいずれの年代においても特に高く、女性では「3食以外間食_毎日」、「20歳時体重から10kg以上増加」、「1日1時間以上身体活動なし」の標準化比がいずれの年代においても特に高くなっています。＜表3-4-7-2＞

地域特性・背景	
高松市の特性	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢化率は28.5%で、県平均・全国平均を下回っています。＜表2-1-1-1＞ ・国保加入者に占める65歳以上の被保険者の割合は48.0%となっています。＜表2-1-5-1＞
健康維持増進のための社会環境・体制	<ul style="list-style-type: none"> ・一人当たり医療費は増加傾向となっています。＜表3-3-1-1＞ ・重複処方該当者数は868人、多剤処方該当者数は250人となっています。＜表3-6-1-1＞＜表3-6-2-1＞ ・後発医薬品の使用割合は78.3%と、県平均を0.2ポイント下回っています。＜表3-6-3-1＞
その他(がん)	<ul style="list-style-type: none"> ・悪性新生物(「気管、気管支及び肺の新生物」、「大腸の悪性新生物」、「膵の悪性新生物」)は、死因の上位となっています。＜表3-1-1-1＞ ・5がんの検診平均受診率は、県平均・全国平均を下回っています。＜表3-6-4-1＞

(2)わがまちの生活習慣病に関する考察及び健康課題の整理

考察	健康課題
<p>◀重症化予防</p> <p>保健事業により予防可能な重篤疾患をみると、虚血性心疾患、脳血管疾患、腎不全いずれの死因割合・SMRとも、全国平均を下回っていますが、このうち虚血性心疾患や腎不全の入院受診率、慢性腎臓病(透析あり)の外来受診率は、全国平均と同等若しくは高くなっていることから、これらの疾患の発生頻度は高いものの、治療により死亡を抑制できている可能性が考えられます。一方で、脳血管疾患の入院受診率は、全国平均を下回っていることから、同疾患の発生頻度は比較的低いと考えられます。</p> <p>腎不全による死亡は全国平均を下回っているものの、腎不全の受診率や入院及び外来医療費、糖尿病の受診率や外来医療費は全国平均を上回っていることから、これらの疾患の発生頻度は高いと考えられます。</p> <p>外来治療の状況と合わせてみると、虚血性心疾患、血管疾患、腎不全の原因となる動脈硬化を促進する糖尿病の外来受診率が全国平均を上回っていますが、高血圧、脂質異常症は全国平均と同等又はやや低くなっています。また、特定健診受診者においては、血糖、血圧、脂質に関して受診勧奨判定値を上回っているものの該当疾患に関する服薬が出ていない者が血糖(HbA1c8.0%以上)では約1割、血圧(Ⅱ度高血圧以上)では約5割、血中脂質(LDL-C160mg/dL以上)では約8割存在しています。</p> <p>これらの事実から、基礎疾患の有病者が外来治療に適切につながっていない結果、生活習慣病が重症化し、虚血性心疾患、糖尿病及び慢性腎臓病の発症につながっている可能性が考えられます。</p>	<p>#1</p> <p>慢性腎臓病の発症や人工透析の導入を防ぐことを目的に、健診を受診し、受診勧奨判定値を超えた者に対して、適切な医療機関の受診を促進することが必要です。</p> <p>また、これまでは対象としていなかった高血圧症や脂質異常症についても、受診勧奨判定値を超えた者に対して、適切な医療機関の受診を促進することが必要です。</p>

<p>◀発症予防</p> <p>特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者が占める割合は、全国平均を上回り、経年でみると横ばいとなっています。</p> <p>有所見者の割合についても、特に脂質においては、全国平均を上回っています。</p> <p>一方で、特定保健指導実施率は、全国平均を下回り、特に近年、大きく低下しています。</p> <p>これらの事実から、特定保健指導の実施率を高めることで、メタボリックシンドローム該当者・予備群該当者を減少させ、生活習慣病への移行を抑止できる可能性が考えられます。</p>	<p>#2</p> <p>メタボリックシンドローム該当者・予備群該当者を減少させることを目的に、特定保健指導の実施率を向上させることが必要です。</p>
<p>◀一次予防</p> <p>特定健診受診率は、全国平均を上回り、経年でみると横ばいとなっています。</p> <p>一方、特定健診未受診者のうち、約2割が生活習慣病の治療を受けておらず、健康状態が不明の状況となっています。</p> <p>これらの状況から、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ます。</p>	<p>#3</p> <p>これまで以上に、適切に特定保健指導や重症化予防事業につなぐことを目的に、特定健診の受診率を向上させることが必要です。</p>
<p>◀健康づくり</p> <p>特定健診受診者における質問票の回答割合をみると、男女ともに毎日間食をとる人の割合が、全国平均を上回っています。</p> <p>また、65歳から74歳の年代では、男女とも「1日1時間以上身体活動なし」、「歩行速度遅い」人の割合が全国平均を上回っています。</p> <p>このような生活習慣が影響して、高血糖や高血圧、脂質異常の状態に至り、動脈硬化が進行し、最終的に虚血性心疾患や慢性腎臓病を発症してしまう者が多い可能性が考えられます。</p>	<p>#4</p> <p>生活習慣病の進行、重篤疾患の発症を防ぐことを目的に、被保険者における食生活や運動習慣の改善を促すことが必要です。</p>

(3) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施、社会環境・体制整備に関する課題

考察	健康課題
<p>◀高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施</p> <p>介護認定者における有病割合をみると、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の基礎疾患、心臓病等の重篤な疾患は、前期高齢者より後期高齢者の方が多くなっています。</p> <p>このことから、国保被保険者の生活習慣病の重症化予防に取り組むことが、後期高齢者における重篤疾患発症の予防及び介護予防、また将来的な認知症予防につながる可能性が考えられます。</p> <p>後期高齢者の医療費において、筋・骨格関連疾患の占める割合が最も大きくなっています。</p> <p>このことから、国保被保険者の運動習慣づくり等に取り組むことが、フレイル予防及び介護予防、ひいては認知症予防につながる可能性があります。</p>	<p>#5</p> <p>将来の重篤な疾患の予防、さらには、介護予防、認知症予防、そして健康寿命延伸のために、国民健康保険と後期高齢者医療制度の保健事業を接続し、高齢者の特性を踏まえ、生活習慣病の重症化予防のほか、骨折対策や多角的なフレイル対策に取り組む必要があります。</p> <p>また、要介護・要支援者に対しては、適切なサポートの提供が必要です。</p>
<p>◀服薬適正・医療費適正化</p> <p>医療費適正化・健康増進の観点から、重複服薬者や多剤服薬者のように服薬状況を改善した方が望ましいと考えられる層や、重複・頻回受診のように受診状況を改善した方が望ましいと考えられる層が、一定数存在しています。</p> <p>また、後発医薬品の使用割合は、県平均を下回っています。</p> <p>こうした状況の改善に取り組むことが、医療費の適正化につながる可能性が考えられます。</p>	<p>#6</p> <p>重複・多剤服薬者のうち、必要な被保険者に対して、適正な服薬を促す取組が必要です。</p> <p>同様に、重複・頻回受診を行っている者のうち、必要な被保険者に対して、適正な受診を促す取組が必要です。</p> <p>また、後発医薬品のさらなる利用促進を図ることが必要です。</p>

◀その他(がん)

検診による早期発見で予防可能な悪性新生物は、死因の上位となっています。

国が推奨する5がんの検診受診率は、県平均・全国平均を下回っています。

これらの状況から、がん検診の受診率を向上させ、早期発見・早期治療につなげることで、がんの死亡者数・死亡率を抑制できる可能性があります。

#7

がんの死亡者数・死亡率の抑制を目指し、がん検診の受診率を向上させることが必要です。

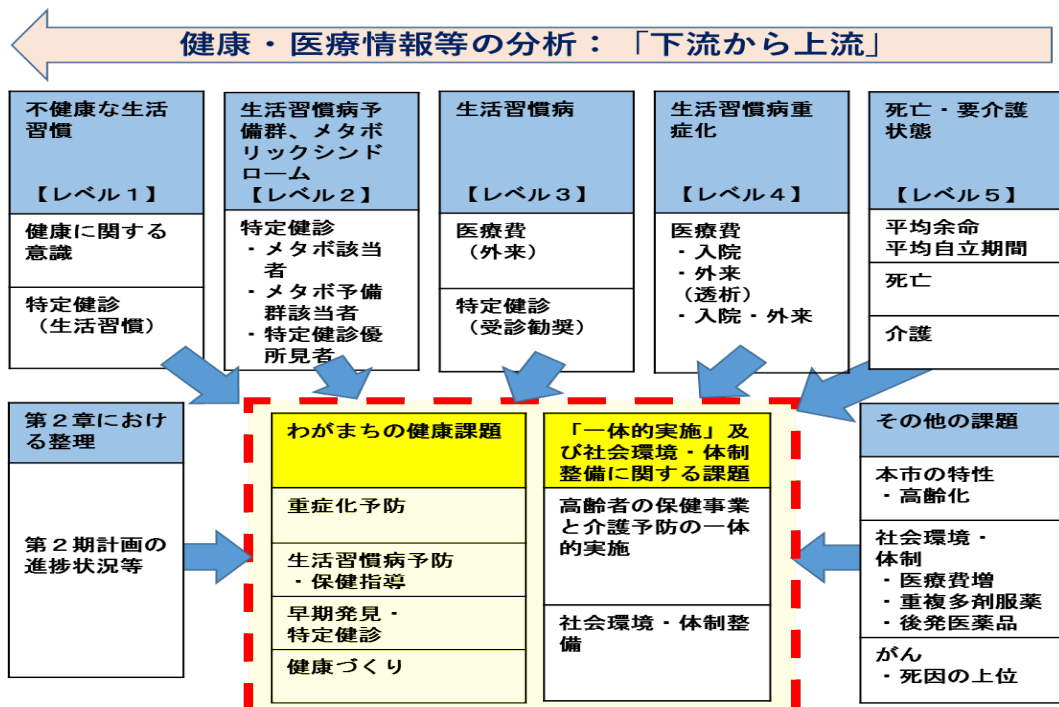
第4章 本計画の目的・目標

第3章では、「より多くの方が川の上流で健やかに生活できるよう」、「死亡・介護・医療・健診の順に川の下流から上流に向かって関連データを分析」した上で、第2章での現状の整理も踏まえて、健康課題の整理を行いました。

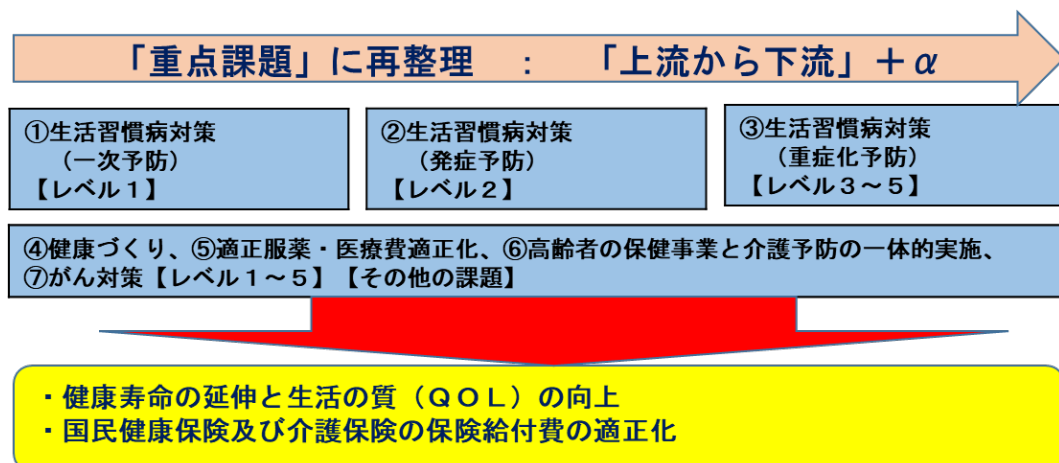
整理した健康課題の改善・解消を目指して、保健事業を実施する際には、生活習慣病の発症予防・重症化予防の観点が重要なことから、「川の上流から下流に向かって」段階に応じて、また、全ての段階で取り組む必要がある課題も考慮して、重点課題に再整理した上で、計画全体の目的を設定します。

1 重点課題及び計画全体の目的

第2章、第3章で、以下のように現状分析から健康課題の整理までを行いました。



こうした健康課題を、以下のように、重点課題として再整理した上で、その解決・解消により実現を目指すべき、本計画全体の目的を設定します。



2 重点課題別の目標設定

重点課題ごとに目標を設定し、各目標を達成することで、本計画全体の目的の実現を目指します。

重点課題ごとの目標は、次のとおりです。

健康寿命の延伸と生活の質（QOL）の向上、国民健康保険及び介護保険の保険給付費の適正化

重点課題 I 生活習慣病対策（一次予防）

目標： 特定健診受診率の向上

重点課題 II 生活習慣病対策（発症予防）

目標： メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の減少

重点課題 III 生活習慣病対策（重症化予防）

目標： 血糖コントロール不良者の割合の減少
糖尿病性腎症重症化予防対象者数の減少
人工透析患者数の上昇の抑制
血圧コントロール不良者の割合の減少
脂質コントロール不良者の割合の減少

重点課題 IV 健康づくり

目標： 健康づくりや介護予防に対する市民の意識の向上及び運動習慣の推進

重点課題 V 適正服薬・医療費適正化

目標： 国民健康保険被保険者一人当たりの保険給付費の上昇の抑制

重点課題 VI 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

目標： 介護・支援を必要としない高齢者の割合の維持
一人当たりの介護サービス費の上昇の抑制
健康寿命と平均寿命の差の縮小

重点課題 VII がん対策

目標： がんの年齢調整罹患率の減少

3 目的・目標を達成するための戦略

本計画の目的・目標を達成するために、以下の戦略に沿って、第3章で整理した健康課題の解決・解消を目指す事業を展開します。

○第3章で整理し、明確となった健康課題を解決・解消するための目標を定め、目標達成のために必要な保健事業を実施します。

○各保健事業の実施に当たっては、「新しい生活様式」の広がりを踏まえて、情報通信技術の活用など、対面以外のコミュニケーション手法の導入を検討・実施します。

○本格的な超高齢社会を迎える中、国民健康保険と後期高齢者医療制度の保健事業を接続し、認知症予防・介護予防、そして健康寿命延伸のために、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」を推進します。

第5章 保健事業等の取組

1 保健事業の展開

第2期高松市データヘルス計画において実施した保健事業の振り返りを行った上で、第3期データヘルス計画における目的・目標を達成するための保健事業を展開します。

(1)生活習慣病対策(一次予防)

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	一次予防に関連するデータヘルス計画の目標	
—	3(男) 4(女)	特定健診受診者のうち、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の減少	
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
3	特定健診受診率 ・目標:60.0% ・実績:43.9%	特定健診	対象者に受診票等を送付して受診勧奨を行い、市内及び隣接町の医療機関において個別健診を実施しました。
3	同上	特定健診未受診者受診勧奨事業	効果が高いと見込まれる未受診者に対し、ハガキ又はSMSによる未受診者受診勧奨通知を行いました。



第3期計画における一次予防に関連する健康課題						
#3 これまで以上に、適切に特定保健指導や重症化予防事業につなぐことを目的に、特定健診の受診率を向上させることが必要です。						
第3期計画における一次予防に関連するデータヘルス計画の目標						
・特定健診受診率の向上 【評価指標】特定健診受診率						
直近値(R4)	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
43.9%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%



第3期計画における一次予防に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
生活習慣に関する特定健診を実施します。また、特定健診の受診率は、国の定める60%を達成しておらず、令和2年度以降コロナ禍において低下しています。分析の結果、令和元年度までの連続受診者のうち、令和2年度に連続受診が途絶え「受診離れ」の状態になっている者が多数判明したことから、その回復に努めるとともに、引き続き、効果的・効率的な未受診者受診勧奨を行います。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#3	継続	特定健診	生活習慣病の予防のため、メタボリックシンドロームに着目した健診を行います。

① 特定健診

実施計画															
事業概要	生活習慣病の予防のため、メタボリックシンドロームに着目した健診を行います。														
対象者	・40歳以上75歳未満の国保被保険者														
ストラクチャー	・業者に委託して、受診票を送付し、未受診者受診勧奨通知を行います。 ・医師会等に委託して、市内及び隣接町の医療機関(以下「健診実施機関」という。)で個別健診を実施します。なお、医師会との委託契約においては、香川県国民健康保険団体連合会と連携します。														
プロセス	・健診実施機関に実施要領を配付するとともに、対象者に受診票を送付します。 ・7月から10月まで健診実施機関において個別健診を実施します(一部の健診実施機関は12月まで延長します。) ・受診票送付から一定期間経過後、ハガキ又はSMSにより未受診者受診勧奨通知を行います。														
評価指標・目標値															
ストラクチャー	・医師会等及び業者への委託により、円滑に実施できる体制を構築できたかを評価します。														
プロセス	・受診勧奨及び個別健診が円滑に実施できたかを評価します。														
事業アウトプット	<p>【項目名】対象者への受診票送付率</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
直近値(R4)	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									
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%									
事業アウトカム	<p>【項目名】特定健診受診率(再掲)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>43.9%</td> <td>45.0%</td> <td>48.0%</td> <td>51.0%</td> <td>54.0%</td> <td>57.0%</td> <td>60.0%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	43.9%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
直近値(R4)	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									
43.9%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%									
評価時期	計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。														

(2)生活習慣病対策(発症予防)

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	発症予防に関連するデータヘルス計画の目標	
—	3(男) 4(女)	特定健診受診者のうち、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の減少	
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
① 1	① 特定保健指導実施率 目標:60.0% 実績:23.5%	特定保健指導	生活習慣の見直しを促すため、個別支援又はグループ支援を行いました。 個別支援は、本市担当課の保健師及び管理栄養士が会場又は自宅を訪問して行ったほか、特定健診実施機関に委託して行いました。グループ支援は、業者に委託して行いました。
② 4	② 特定保健指導対象者の減少率 目標:24.4% 実績:20.0%		



第3期計画における発症予防に関連する健康課題						
#2 メタボリックシンドローム該当者・予備群該当者を減少させることを目的に、特定保健指導の実施率を向上させる必要があります。						
第3期計画における発症予防に関連するデータヘルス計画の目標						
・メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の減少						
【評価指標】特定健診受診者のうち、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合						
直近値(R4)	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
33.6%	32.5%	32.0%	31.5%	31.0%	30.5%	30.0%



第3期計画における発症予防に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
第2期計画において、特定保健指導実施率は政府目標でもある60%を達成しておらず、令和3年度以降、コロナ禍において大きく低下していることから、第3期計画においては、引き続き、被保険者の生活習慣を改善するため、効果的な参加勧奨及び特定保健指導に取り組みます。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#2	継続	特定保健指導	生活習慣病の発症リスクが高い被保険者に対して、生活習慣の見直しを促すため、保健師等による保健指導を行います。

① 特定保健指導

実施計画																													
事業概要	生活習慣病の発症リスクが高い者に対して、生活習慣の見直しを促すため、保健師等による保健指導を行います。																												
対象者	・特定健診の結果に基づき、動機づけ支援、積極的支援に該当した者																												
ストラクチャー	・保健指導は個別支援又はグループ支援にて実施します。 ・個別支援は、本市担当課の保健師及び管理栄養士が会場又は自宅を訪問して行うほか、特定健診実施機関に委託して実施します。グループ支援は、業者に委託して行います。 ・香川県国民健康保険団体連合会と連携し、対象者の抽出及び事業評価等を行います。																												
プロセス	・10月以降、毎月、特定健診結果から対象者を抽出し、参加勧奨通知を行うとともに、一定期間申込みのない対象者には、自宅を訪問して参加勧奨を行います。 ・申込内容に応じて会場を案内し、又は自宅を訪問して、本市担当課の保健師及び管理栄養士による個別支援を行います。業者によるグループ支援は、会場を設けて実施します。なお、特定健診実施機関による個別支援は、特定健診時に意向を確認して行います。																												
評価指標・目標値																													
ストラクチャー	・特定保健指導を行う本市担当課の保健師又は管理栄養士を適切に配置できたか、業者によるグループ支援及び特定健診実施機関による個別支援ができる適切な体制を整えられたかを評価します。																												
プロセス	・参加勧奨及び特定保健指導が適切に実施できたかを評価します。																												
事業アウトプット	<p>【項目名】対象者への利用勧奨発送率(特定保健指導)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%														
直近値(R4)	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																							
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%																							
事業アウトカム	<p>【項目名】特定保健指導実施率</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>23.5%</td> <td>30.0%</td> <td>36.0%</td> <td>42.0%</td> <td>48.0%</td> <td>54.0%</td> <td>60.0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>【項目名】特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 ※N-1年度の特定保健指導の利用者のうち、N年度は特定保健指導の対象ではなくなった者の割合</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>22.5%</td> <td>23.0%</td> <td>23.0%</td> <td>24.0%</td> <td>24.0%</td> <td>25.0%</td> <td>25.0%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	23.5%	30.0%	36.0%	42.0%	48.0%	54.0%	60.0%	直近値(R4)	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	22.5%	23.0%	23.0%	24.0%	24.0%	25.0%	25.0%
直近値(R4)	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																							
23.5%	30.0%	36.0%	42.0%	48.0%	54.0%	60.0%																							
直近値(R4)	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																							
22.5%	23.0%	23.0%	24.0%	24.0%	25.0%	25.0%																							
評価時期	計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。																												

(3)生活習慣病対策(重症化予防)

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標	
—	① 5 ② 4 ③ 5	① 特定健診受診者のうち、血糖コントロール不良者の割合の減少 ② 特定健診受診者のうち、腎機能が低下している人の割合の上昇の抑制 ③ 人工透析患者数の上昇の抑制	
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
① 3 ② 5	① 糖尿病予防教室参加者率 目標:6.4%、実績:4.6% ② 教室参加者の次年度特定健診の結果、HbA1c値が6.5%以上の人の割合 (R3)目標:1.5%、実績:0.0%	糖尿病予防教室	糖尿病予備群・糖尿病初期の人に、糖尿病の正しい知識を啓発し、主体的に糖尿病予防に取り組めるよう、糖尿病予防教室を実施しました。
① 3 ② 4	① 対象者の医療機関受診率 目標:72.5%、結果:59.0% ② 対象者の次年度特定健診の結果、HbA1c値が8.0%以上の人の割合 (R3)目標:1.5%、実績:6.3%	糖尿病要医療受診勧奨推進事業	糖尿病の治療が必要と判断された被保険者に早期治療を促すため、受診勧奨や保健指導を実施しました。
① 1 ② 1	① 対象者の医療機関受診率 目標:82.5%、結果:37.5% ② 対象者の次年度特定健診の結果、HbA1c値が8.0%以上の人の割合 (R3)目標:5.5%、実績:50.0%	糖尿病要医療中断者再受診勧奨事業	重症化するリスクが高い糖尿病の治療を中断している被保険者に対し、受診勧奨や保健指導を実施しました。
2	① 慢性腎臓病(CKD)予防教室参加率 目標:25.0%、結果:16.1% ② 教室参加者の、次年度特定健診の結果、eGFR値が45ml/min/1.73m ² 未満、又は尿蛋白(++)以上の人の割合 目標:7.3%、結果:未評価	慢性腎臓病(CKD)予防対策【保健指導】	eGFR値の軽度低下者に対して、慢性腎臓病の正しい知識を啓発し、主体的に慢性腎臓病予防に取り組めるために、慢性腎臓病(CKD)予防教室(コロナ禍の状況により動画配信・希望者への個別相談に変更)を実施しました。
5	受診勧奨実施者の医療機関受診率 目標:60.0%、結果:97.6%	慢性腎臓病(CKD)予防対策【受診勧奨】	腎機能低下が疑われる被保険者に対し、医療機関への受診勧奨を実施しました。
4	個別の保健指導実施率 目標:100%、結果:95.0%	糖尿病性腎症重症化予防	糖尿病性腎症又は糖尿病の患者に、医療機関と協力しながら糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実施しました。



第3期計画における重症化予防に関連する健康課題

＃1 慢性腎臓病の発症や人工透析の導入を防ぐことを目的に、健診を受診し、受診勧奨判定値を超えた者に対して、適切な医療機関の受診を促進することが必要です。また、これまでは対象としていなかった高血圧症や脂質異常症についても、受診勧奨判定値を超えた者に対して、適切な医療機関の受診を促進することが必要です。

第3期計画における重症化予防に関連するデータヘルズ計画の目標

・血糖コントロール不良者の割合の減少

【評価指標】特定健診受診者のうち、HbA1c8.0%以上の者の割合(40～74歳)

直近値(R4)	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
1.00%	0.95%	0.95%	0.95%	0.90%	0.90%	0.90%

・糖尿病性腎症重症化予防対象者数の減少

【評価指標】糖尿病性腎症重症化予防対象者数

※次のA～Eの合計人数

A 糖尿病性腎症＋受診なし(腎症4期＋腎症3期)

B 糖尿病性腎症＋受診あり(腎症4期＋腎症3期＋腎症2期以下)

C 糖尿病基準該当＋受診なし(腎症2期以下＋腎症病期不明)

D 糖尿病治療中 健診未受診者(当年度に糖尿病(2型糖尿病)に該当するレセプト又は糖尿病性腎症が発生)

E 糖尿病治療中断中 健診未受診者

直近値(R4)	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
15,706人	15,628人	15,550人	15,473人	15,396人	15,320人	15,244人

・人工透析患者数の上昇の抑制

【評価指標】人工透析(糖尿病レセプト有)者数(40歳～74歳)

直近値(R4)	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
187人	183人	178人	174人	169人	165人	160人

・血圧コントロール不良者の割合の減少

【評価指標】特定健診受診者のうち、血圧がⅡ度高血圧以上の者の割合

直近値(R4)	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
6.1%	6.0%	5.9%	5.8%	5.7%	5.6%	5.5%

・脂質コントロール不良者の割合の減少

【評価指標】特定健診受診者のうち、LDL-Cが160mg/dl以上の者の割合

直近値(R4)	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
9.0%	8.9%	8.8%	8.7%	8.6%	8.5%	8.5%



第3期計画における重症化予防に関連する保健事業

保健事業の方向性

第2期の目標値はおおむね達成しているものの、現状から見えてきた課題に対応するため、虚血性心疾患・脳血管疾患の抑制も目標とし、血糖・腎機能に加えて、血圧・血中脂質についても適切な医療機関受診を促進していきます。

健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#1	継続	糖尿病予防教室	糖尿病予備群・糖尿病初期の被保険者に、糖尿病の正しい知識を啓発し、主体的に糖尿病予防に取り組めるために糖尿病予防教室を実施します。
#1	継続	糖尿病要医療受診勧奨事業	糖尿病の治療が必要と判断された被保険者に早期治療を促し、糖尿病の重症化を予防するため、香川県糖尿病性腎症等重症化予防プログラムに基づき、受診勧奨や保健指導を実施します。
#1	継続	糖尿病治療中断者再受診勧奨事業	糖尿病の治療が必要であるにもかかわらず、糖尿病治療を中断している被保険者を対象に糖尿病の重症化予防を図るため、香川県糖尿病性腎症等重症化予防プログラムに基づき、医療機関への再受診勧奨を実施します。
#1	継続	慢性腎臓病(CKD)受診勧奨事業	腎機能低下が疑われる被保険者に慢性腎臓病(CKD)の進行を遅らせ、人工透析治療への移行を防ぐため、香川県糖尿病性腎症等重症化予防プログラムに基づき、受診勧奨を実施します。
#1	継続	慢性腎臓病(CKD)予防教室	eGFR値の軽度低下者に対して、慢性腎臓病の正しい知識を啓発し、主体的に慢性腎臓病予防に取り組めるよう、慢性腎臓病(CKD)予防教室を実施します。
#1	継続	循環器病等重症化予防対策受診勧奨事業	慢性腎臓病(CKD)は、心血管病を起こすリスクが高いため、血圧と慢性腎臓病を管理して、循環器病(心臓血管病)を予防するため、受診勧奨を実施します。
#1	継続	糖尿病性腎症重症化予防対策事業	人工透析治療の移行を防ぐことを目的として、糖尿病性腎症又は糖尿病の患者を対象に、通院先の医療機関と協力しながら、糖尿病性腎症等重症化予防プログラムを実施します。
#1	新規	高血圧症受診勧奨事業	虚血性心疾患・脳血管疾患の原因となる動脈硬化を促進する高血圧症の重症化を予防することを目的として、受診勧奨を実施します。
#1	新規	脂質異常症受診勧奨事業	虚血性心疾患・脳血管疾患の原因となる動脈硬化を促進する脂質異常症の早期発見・早期治療を行うことを目的として、受診勧奨を実施します。

① 糖尿病予防教室

実施計画																																		
事業概要	糖尿病予備群・糖尿病初期の被保険者に、糖尿病の正しい知識を啓発し、主体的に糖尿病予防に取り組めるよう、糖尿病予防教室を実施します。																																	
対象者	・特定健診の結果、HbA1c値が6.0%以上6.5%未満の糖尿病予備群、又は糖尿病初期で40～67歳のうち、糖尿病の治療に係る薬剤を服用していない被保険者																																	
ストラクチャー	・本市担当課が、関係課及び高松市医師会と連携して教室を開催します。																																	
プロセス	・目的に合わせた教室内容を企画し、啓発を兼ねた参加者の募集を行い、教室を開催します。 ・参加者アンケートを実施し、参加者の理解度等を評価するとともに、次年度特定健診結果から参加者のHbA1cの改善状況を確認し、参加者の行動変容を評価します。																																	
評価指標・目標値																																		
ストラクチャー	・本市関係課及び高松市医師会と円滑に連携できているかを評価します。																																	
プロセス	・教室の企画、開催、評価のサイクルが円滑に実施できているかを評価します。																																	
事業アウトプット	【項目名】参加者実人員(糖尿病予防教室) <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R5)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>27人</td> <td>40人</td> <td>40人</td> <td>40人</td> <td>40人</td> <td>40人</td> <td>40人</td> </tr> </tbody> </table>						直近値(R5)	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	27人	40人	40人	40人	40人	40人	40人														
直近値(R5)	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																												
27人	40人	40人	40人	40人	40人	40人																												
事業アウトカム	【項目名】参加勧奨者の参加率(糖尿病予防教室) <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R5)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.6%</td> <td>5.0%</td> <td>5.0%</td> <td>5.0%</td> <td>5.0%</td> <td>5.0%</td> <td>5.0%</td> </tr> </tbody> </table> 【項目名】参加勧奨者の維持・改善状況(HbA1c)(糖尿病予防教室) ※ N年度参加勧奨者のうち、N+1年度特定健診受診者で「N年度のHbA1c値」-「N+1年度のHbA1c値」 \geq 0の者の割合 <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>—</td> <td>40%</td> <td>40%</td> <td>40%</td> <td>40%</td> <td>40%</td> <td>40%</td> </tr> </tbody> </table>						直近値(R5)	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	2.6%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	直近値	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	—	40%	40%	40%	40%	40%	40%
直近値(R5)	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																												
2.6%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%																												
直近値	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																												
—	40%	40%	40%	40%	40%	40%																												
評価時期	計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。																																	

② 糖尿病要医療受診勧奨事業

実施計画																													
事業概要	糖尿病の治療が必要と判断された被保険者に早期治療を促し、糖尿病の重症化を予防するため、香川県糖尿病性腎症等重症化予防プログラムに基づき、受診勧奨や保健指導を実施します。																												
対象者	・糖尿病の受診歴がなく、特定健診等の結果から、HbA1c値が6.5%以上で糖尿病を疑う検査の値が高く、治療が必要と判断された被保険者																												
ストラクチャー	・香川県及び香川県国民健康保険団体連合会等と連携し、香川県糖尿病性腎症等重症化予防プログラムに基づき、受診勧奨を行います。 ・医療機関と連携し、受診結果や保健指導の要否を確認します。 ・本市担当課の保健師又は管理栄養士が、保健指導を行います。																												
プロセス	・対象者を抽出し、医療受診勧奨票を送付します。また、受診確認ができない対象者には、電話等で受診勧奨を行います。 ・受診した医療機関から受診結果の報告を受け、必要に応じて保健師又は管理栄養士が保健指導を行い、その結果を医療機関と共有します。 ・受診勧奨の取組状況について、香川県及び香川県国民健康保険団体連合会に報告します。																												
評価指標・目標値																													
ストラクチャー	・香川県及び香川県国民健康保険団体連合会等と適切に連携を図れているか、保健指導を実施するための保健師又は管理栄養士が適切に配置できているかを評価します。																												
プロセス	・医療受診勧奨及び保健指導を円滑に実施できたか、取組状況を適切に管理できているかを評価します。																												
事業アウトプット	<p>【項目名】対象者への受診勧奨実施率(糖尿病要医療)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%														
直近値(R4)	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																							
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%																							
事業アウトカム	<p>【項目名】受診勧奨者の受診率(糖尿病要医療)</p> <p>※受診者／受診勧奨者(受診者及び受診勧奨者ともに、N-1年度特定健診結果に基づきN年度に受診勧奨及び受診した者の数)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>60%</td> <td>70%</td> <td>70%</td> <td>70%</td> <td>70%</td> <td>70%</td> <td>70%</td> </tr> </tbody> </table> <p>【項目名】糖尿病介入者の改善状況(HbA1c)(糖尿病要医療)</p> <p>※N-1年度特定健診受診者かつ受診勧奨発送者で、「N-1年度のHbA1c値」-「N年度のHbA1c値」=差>0の者の割合</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>47%</td> <td>50%</td> <td>50%</td> <td>50%</td> <td>50%</td> <td>50%</td> <td>50%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	60%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	直近値(R4)	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	47%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
直近値(R4)	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																							
60%	70%	70%	70%	70%	70%	70%																							
直近値(R4)	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																							
47%	50%	50%	50%	50%	50%	50%																							
評価時期	計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。																												

③ 糖尿病治療中断者再受診勧奨事業

実施計画																													
事業概要	糖尿病の治療が必要であるにもかかわらず、糖尿病治療を中断している被保険者を対象に糖尿病の重症化予防を図るため、香川県糖尿病性腎症等重症化予防プログラムに基づき、医療機関への再受診勧奨を実施します。																												
対象者	・糖尿病(糖尿病性腎症)の治療を中断している被保険者のうち、特定健診等の受診がない、又は特定健診等の結果、HbA1c値が6.9%(6.5%)以上の被保険者																												
ストラクチャー	・香川県及び香川県国民健康保険団体連合会等と連携し、香川県糖尿病性腎症等重症化予防プログラムに基づき、受診勧奨を行います。 ・医療機関と連携し、受診結果や保健指導の要否を確認します。 ・本市担当課の保健師又は管理栄養士が、保健指導を行います。																												
プロセス	・対象者を抽出し、医療受診勧奨票を送付します。また、受診確認ができない対象者には、電話等で受診勧奨を行います。 ・受診した医療機関から受診結果の報告を受け、必要に応じて保健師又は管理栄養士が保健指導を行い、その結果を医療機関と共有します。 ・受診勧奨の取組状況について、香川県及び香川県国民健康保険団体連合会に報告します。																												
評価指標・目標値																													
ストラクチャー	・香川県及び香川県国民健康保険団体連合会等と適切に連携を図れているか、保健指導を実施するための保健師又は管理栄養士が適切に配置できているかを評価します。																												
プロセス	・医療受診勧奨及び保健指導を円滑に実施できたか、取組状況を適切に管理できているかを評価します。																												
事業アウトプット	<p>【項目名】対象者への受診勧奨実施率(糖尿病治療中断)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%														
直近値(R4)	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																							
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%																							
事業アウトカム	<p>【項目名】受診勧奨者の受診率(糖尿病治療中断)</p> <p>※受診者/受診勧奨者(受診者及び受診勧奨者ともに、N-1年度特定健診結果に基づきN年度に受診勧奨及び受診した者の数)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>31.3%</td> <td>70.0%</td> <td>70.0%</td> <td>70.0%</td> <td>70.0%</td> <td>70.0%</td> <td>70.0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>【項目名】糖尿病介入者の改善状況(HbA1c)(糖尿病治療中断)</p> <p>※N-1年度特定健診受診者かつ受診勧奨発送者で、「N-1年度のHbA1c値」-「N年度のHbA1c値」=差>0の者の割合</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6.3%</td> <td>20.0%</td> <td>20.0%</td> <td>20.0%</td> <td>20.0%</td> <td>20.0%</td> <td>20.0%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	31.3%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	直近値(R4)	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	6.3%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%
直近値(R4)	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																							
31.3%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%																							
直近値(R4)	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																							
6.3%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%																							
評価時期	計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。																												

④ 慢性腎臓病(CKD)受診勧奨事業

実施計画																													
事業概要	腎機能低下が疑われる被保険者に慢性腎臓病(CKD)の進行を遅らせ、人工透析治療への移行を防ぐため、香川県糖尿病性腎症等重症化予防プログラムに基づき、受診勧奨を実施します。																												
対象者	・特定健診等の結果、尿蛋白が2+以上又はeGFR値が45ml/min/1.73m ² 未満で腎機能の低下が認められ、医療機関への受診が必要と判断された被保険者																												
ストラクチャー	・香川県及び香川県国民健康保険団体連合会等と連携し、香川県糖尿病性腎症等重症化予防プログラムに基づき、受診勧奨を行います。 ・医療機関と連携し、受診結果等を確認します。																												
プロセス	・対象者を抽出し、医療受診勧奨票を送付します。また、受診確認ができない対象者には、電話等で受診勧奨を行います。 ・医療機関と連携し、受診結果や腎臓専門医への紹介状況について確認します。 ・受診勧奨の取組状況について、香川県及び香川県国民健康保険団体連合会に報告します。																												
評価指標・目標値																													
ストラクチャー	・香川県及び香川県国民健康保険団体連合会等と適切に連携を図れているかを評価します。																												
プロセス	・医療受診勧奨を円滑に実施できたか、取組状況を適切に管理できているかを評価します。																												
事業アウトプット	<p>【項目名】対象者への受診勧奨実施率(CKD)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%														
直近値(R4)	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																							
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%																							
事業アウトカム	<p>【項目名】受診勧奨者の受診率(CKD)</p> <p>※受診者／受診勧奨者(受診者及び受診勧奨者ともに、N-1年度特定健診結果に基づきN-1年度に受診勧奨及び受診した者の数)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>43.3%</td> <td>60.0%</td> <td>60.0%</td> <td>60.0%</td> <td>60.0%</td> <td>60.0%</td> <td>60.0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>【項目名】CKD介入者の改善状況(CKDステージ)(受診勧奨)</p> <p>※N-1年度特定健診受診者かつ受診勧奨発使者で、「N-1年度のCKDステージ」-「N年度のCKDステージ」=差≥0の者の割合</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>74.3%</td> <td>75.0%</td> <td>75.0%</td> <td>75.0%</td> <td>75.0%</td> <td>75.0%</td> <td>75.0%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	43.3%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	直近値(R4)	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	74.3%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%
直近値(R4)	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																							
43.3%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%																							
直近値(R4)	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																							
74.3%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%																							
評価時期	計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。																												

⑤ 慢性腎臓病(CKD)予防教室

実施計画																													
事業概要	eGFR値の軽度低下者に対して、慢性腎臓病の正しい知識を啓発し、主体的に慢性腎臓病予防に取り組めるよう、慢性腎臓病(CKD)予防教室を実施します。																												
対象者	・特定健診の結果、eGFR値が45以上60ml/min/1.73m ² 未満、かつ尿蛋白(-)・(±)・(+) のいずれかで、かつ70歳未満の被保険者																												
ストラクチャー	・本市担当課が、関係課等と連携して実施します。																												
プロセス	前年度の実施状況を踏まえ、内容・講師・教室案内文等を検討します。 ・対象者を抽出し、教室案内文・啓発ちらしを郵送し、参加予約を取り実施します。 ・参加者のeGFR値等の変化を、翌年度の特定健診結果と比較し、評価します。 ・市医師会・本市関係課に実施状況を報告します。																												
評価指標・目標値																													
ストラクチャー	・本市関係課等と連携し、円滑に実施できているかを評価します。																												
プロセス	・企画から教室の実施まで円滑に実施できているかを評価します。また、参加者アンケートを実施し、参加者の理解度等を評価します。 ・実施後、参加者アンケート結果を加味し、次年度の課題をまとめます。 ・参加者の行動変容状況の評価として、参加者の翌年度の特定健診結果のeGFRの変化を分析します。																												
事業アウトプット	<p>【項目名】参加者数(CKD予防教室)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>139人</td> <td>300人</td> <td>300人</td> <td>300人</td> <td>300人</td> <td>300人</td> <td>300人</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	139人	300人	300人	300人	300人	300人	300人														
直近値(R4)	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																							
139人	300人	300人	300人	300人	300人	300人																							
事業アウトカム	<p>【項目名】参加勧奨者の参加率(CKD予防教室)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>16.1%</td> <td>25.0%</td> <td>25.0%</td> <td>25.0%</td> <td>25.0%</td> <td>25.0%</td> <td>25.0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>【項目名】参加者の悪化状況(CKDステージ)(CKD予防教室) ※N年度参加者のうち、N+1年度特定健診受診者で「N年度のCKDステージ」と比較し、「N+1年度のCKDステージ」が悪化した者の割合</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>—</td> <td>10%未満</td> <td>10%未満</td> <td>10%未満</td> <td>10%未満</td> <td>10%未満</td> <td>10%未満</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	16.1%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	直近値	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	—	10%未満	10%未満	10%未満	10%未満	10%未満	10%未満
直近値(R4)	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																							
16.1%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%																							
直近値	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																							
—	10%未満	10%未満	10%未満	10%未満	10%未満	10%未満																							
評価時期	計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。																												

⑥ 循環器病等重症化予防対策受診勧奨事業

実施計画															
事業概要	慢性腎臓病(CKD)は、心血管病を起こすリスクが高いため、血圧と慢性腎臓病を管理して、循環器病(心臓血管病)を予防するため、受診勧奨を実施します。														
対象者	・特定健診等の結果、尿蛋白が2+以上又はeGFR値が45ml/min/1.73m ² 未満で腎機能の低下が認められ、医療機関への受診が必要と判断された被保険者のうち、成人における血圧値分類がⅡ度高血圧以上の者														
ストラクチャー	・香川県及び香川県国民健康保険団体連合会等と連携し、香川県糖尿病性腎症等重症化予防プログラムに基づき、受診勧奨を行います。 ・医療機関と連携し、受診結果等を確認します。														
プロセス	・対象者を抽出し、医療受診勧奨票を送付します。また、受診確認ができない対象者には、電話等で受診勧奨を行います。 ・医療機関と連携し、受診結果や腎臓専門医への紹介状況について確認します。 ・受診勧奨の取組状況について、香川県及び香川県国民健康保険団体連合会に報告します。														
評価指標・目標値															
ストラクチャー	・香川県及び香川県国民健康保険団体連合会等と適切に連携を図れているかを評価します。														
プロセス	・医療受診勧奨を円滑に実施できたか、取組状況を適切に管理できているかを評価します。														
事業アウトプット	<p>【項目名】対象者への受診勧奨実施率(循環器病)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
直近値(R4)	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									
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%									
事業アウトカム	<p>【項目名】受診勧奨者の受診率(循環器病)</p> <p>※慢性腎臓病(CKD)受診勧奨事業受診者のうち優先勧奨者(循環器病)の受診率(再掲)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>23.5%</td> <td>40.0%</td> <td>40.0%</td> <td>40.0%</td> <td>40.0%</td> <td>40.0%</td> <td>40.0%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	23.5%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%
直近値(R4)	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									
23.5%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%									
評価時期	計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。														

⑦ 糖尿病性腎症重症化予防対策事業

実施計画																													
事業概要	人工透析治療の移行を防ぐことを目的として、糖尿病性腎症又は糖尿病の患者を対象に、通院先の医療機関と協力しながら、糖尿病性腎症等重症化予防プログラムを実施します。																												
対象者	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病治療中のもので、特定健診等の結果から腎機能の低下が認められる者 特定健診結果等で、以下a～cのいずれかに該当し、かつd若しくはeに該当する者 <ul style="list-style-type: none"> a 現病歴又は既往歴に「糖尿病」又は「糖尿病性腎症」の記載がある。 b 現在糖尿病に関する治療を受けている。 c 空腹時血糖値が126mg/dl以上又はHbA1c値が6.5%以上 d eGFR値が30ml/分/1.73m²以上かつ60ml/分/1.73m²未満(CKD治療ガイドラインの病期判定3期に該当) e 尿蛋白が+以上 																												
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> 業者に委託して、参加勧奨、保健指導、効果測定を行います。 主治医と連携し、保健指導を行います。 																												
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> 対象者に参加勧奨通知を送付します。 参加希望者に対し、主治医の治療方針を確認しながら、保健指導を行います。 保健指導終了後、効果分析を行います。 また、過去5年間の参加者に対し、後期高齢者になった者も含め、フォローアップとしての保健指導を行います。 																												
評価指標・目標値																													
ストラクチャー	保健指導が適切に取り組める体制となっているかを評価し、必要に応じて委託内容を検討します。																												
プロセス	参加勧奨や保健指導が円滑に実施できているかを評価します。																												
事業アウトプット	<p>【項目名】対象者への参加勧奨発送率(糖尿病性腎症重症化予防)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>【項目名】過年度参加者に対するフォローアップ通知発送率</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	直近値(R4)	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	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
直近値(R4)	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																							
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%																							
直近値(R4)	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																							
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%																							
事業アウトカム	<p>【項目名】CKD介入者の改善状況(CKDステージ)(糖尿病性腎症重症化予防)</p> <p>※N-1年度特定健診受診者かつ本事業終了者で、「N-1年度のCKDステージ」-「N年度のCKDステージ」=差≥0の者の割合</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>88.9%</td> <td>90.0%</td> <td>90.0%</td> <td>90.0%</td> <td>90.0%</td> <td>90.0%</td> <td>90.0%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	88.9%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%														
直近値(R4)	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																							
88.9%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%																							
評価時期	計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。																												

⑧ 高血圧症受診勧奨事業

実施計画															
事業概要	虚血性心疾患・脳血管疾患の原因となる動脈硬化を促進する高血圧症の重症化を予防することを目的として、受診勧奨を実施します。														
対象者	・特定健診の結果、Ⅱ度高血圧症以上で治療が必要であるにもかかわらず、未治療である者														
ストラクチャー	・本市担当課において、国保データベース(KDB)システムを用いて対象者を抽出します。														
プロセス	・対象者に受診勧奨票を送付するとともに、医療受診勧奨の取組状況を評価します。														
評価指標・目標値															
ストラクチャー	・対象者抽出や受診勧奨票作成など事業を実施するための体制は十分であるかを評価します。														
プロセス	・受診勧奨を円滑に実施できたか、取組状況を適切に管理できているかを評価します。														
事業アウトプット	<p>【項目名】対象者への受診勧奨実施率(高血圧症)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>—</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値	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	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%
直近値	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									
—	100%	100%	100%	100%	100%	100%									
事業アウトカム	<p>【項目名】特定健診受診者のうち、血圧がⅡ度高血圧以上かつ未治療者の割合</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.22%</td> <td>1.20%</td> <td>1.15%</td> <td>1.10%</td> <td>1.05%</td> <td>1.00%</td> <td>1.00%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	1.22%	1.20%	1.15%	1.10%	1.05%	1.00%	1.00%
直近値(R4)	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									
1.22%	1.20%	1.15%	1.10%	1.05%	1.00%	1.00%									
評価時期	計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。														

⑨ 脂質異常症受診勧奨事業

実施計画															
事業概要	虚血性心疾患・脳血管疾患の原因となる動脈硬化を促進する脂質異常症の早期発見・早期治療を行うことを目的として、受診勧奨を実施します。														
対象者	・特定健診の結果、脂質異常症で治療が必要であるにもかかわらず、未治療者である者														
ストラクチャー	・本市担当課において、国保データベース(KDB)システムを用いて対象者を抽出します。														
プロセス	・対象者に受診勧奨票を送付するとともに、医療受診勧奨の取組状況を評価します。														
評価指標・目標値															
ストラクチャー	・対象者抽出や受診勧奨票作成など事業を実施するための体制は十分であるかを評価します。														
プロセス	・受診勧奨を円滑に実施できたか、取組状況を適切に管理できているかを評価します。														
事業アウトプット	<p>【項目名】対象者への受診勧奨実施率(脂質異常症)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>—</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値	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	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%
直近値	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									
—	100%	100%	100%	100%	100%	100%									
事業アウトカム	<p>【項目名】特定健診受診者のうち、LDL-Cが160mg/dl以上かつ未治療者の割合</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.65%</td> <td>2.60%</td> <td>2.55%</td> <td>2.50%</td> <td>2.50%</td> <td>2.50%</td> <td>2.50%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	2.65%	2.60%	2.55%	2.50%	2.50%	2.50%	2.50%
直近値(R4)	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									
2.65%	2.60%	2.55%	2.50%	2.50%	2.50%	2.50%									
評価時期	計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。														

(4)健康づくり

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	健康づくりに関連するデータヘルス計画の目標	
—	① 4 ② 2	① 健康づくりや介護予防に対する市民の意識の向上 ② 健康づくりのための運動の推進	
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
① 5 ② 5	① 周知回数 目標:90回、実績:94回 ② 特定健診において「運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。」の質問に「改善するつもりはない」と回答した人の割合 目標:26.0%、実績:20.3%	保険給付費適正化に関する周知啓発活動	国保・介護保険財政の厳しい現状・将来予測を理解し、生活習慣病の予防や介護予防等への意識を高めるために周知啓発を実施しました。
1	運動教室参加人数 目標:1,400人 実績:495人	ウォーキングマップを活用した健康づくり事業	生活習慣病予防や介護予防につなげるために、各地区保健委員会(44地区)及び事業所(10か所)において、主にウォーキングマップを活用した健康教室を実施しました。
1	市政出前ふれあいトーク等の参加者 目標:500人 実績:97人	運動推進普及啓発事業	市政出前ふれあいトーク「ウォーキング等による健康づくり」の申請があったグループ及び団体に、ウォーキングの効果や注意点、ウォーキングマップの紹介、熱中症対策等の情報提供を行いました。
5	出前健康教室参加人数 目的:200人 実績:394人	運動習慣獲得のための出前健康教室	生活習慣病予防や介護予防につなげるために、各地区保健委員会(44地区)及び事業所(10か所)において、ウォーキングに限らず、広く運動への関心を持ってもらうことを目的に健康教室を実施しました。
3	教室参加者数 目標:200人 実績:160人	運動教室	特定保健指導対象者に運動習慣を身に付けてもらうため、一人当たり5回参加する運動教室を開催しました。

第3期計画における健康づくりに関連する健康課題

#4 生活習慣病の進行、重篤疾患の発症を防ぐことを目的に、被保険者における食生活や運動習慣の改善を促すことが必要です。

第3期計画における健康づくりに関連するデータヘルス計画の目標

・健康づくりや介護予防に対する市民の意識の向上及び運動習慣の推進
【評価指標】運動や食生活等の生活習慣を改善するつもりである者の割合
※特定健診質問票において、運動や食生活等の生活習慣を「改善するつもりである(概ね6か月以内)」「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」と回答した者の割合の増加

直近値(R4)	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
36.9%	37.5%	38.0%	38.5%	39.0%	39.5%	40.0%

【評価指標】特定健診質問票において、運動習慣があると回答した者の割合

直近値(R4)	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
32.2%	32.5%	33.0%	33.5%	34.0%	34.5%	35.0%

【評価指標】特定健診質問票において、「日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している」と回答した者の割合

直近値(R4)	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
38.8%	40.0%	41.0%	42.0%	43.0%	44.0%	45.0%



第3期計画における健康づくりに関連する保健事業

保健事業の方向性

健康づくりや介護予防、保険給付費適正化に関する市民の意識向上及び運動習慣獲得のため、地域の関係団体と連携しながら周知啓発活動や保健事業を促進していきます。

健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#4	継続	健康増進及び保険給付費適正化に関する周知啓発活動	国保・介護保険財政の厳しい現状・将来予測を理解し、生活習慣病の予防や介護予防等への意識を高め、普段の生活の中での健康づくりの取組につなげることを目的に、周知啓発を実施します。
#4	継続	ウォーキングマップを活用した健康づくり事業	生活習慣病予防や介護予防につなげるために、各地区保健委員会(44地区)及び事業所(10か所)において、主にウォーキングマップを活用した健康教室を実施します。
#4	継続	運動推進普及啓発事業	市政出前ふれあいトーク「ウォーキング等による健康づくり」の申請があったグループ及び団体に、ウォーキングの効果や注意点、ウォーキングマップの紹介、熱中症対策等の情報提供を行います。
#4	継続	運動習慣獲得のための出前健康教室	生活習慣病予防や介護予防につなげるために、各地区保健委員会(44地区)及び事業所(10か所)において、ウォーキングに限らず、広く運動への関心を持ってもらうことを目的に健康教室を実施します。
#4	継続	運動教室	特定保健指導対象者が、疾病の発症や介護につながる「運動習慣がない」等の課題に対し、自らの運動習慣の必要性に気付き、また自主的に運動を継続できるよう、運動教室を実施します。

① 健康増進及び保険給付費適正化に関する周知啓発活動

実施計画															
事業概要	国保・介護保険財政の厳しい現状・将来予測を理解し、生活習慣病の予防や介護予防等への意識を高め、普段の生活の中での健康づくりの取組につなげることを目的に、周知啓発を実施します。														
対象者	・市民														
ストラクチャー	・庁内関係各課はもとより、地域コミュニティ協議会等とも連携を図りながら実施します。														
プロセス	・健康づくりに関する各種健康教室等や依頼があった場合に周知啓発を行います。														
評価指標・目標値															
ストラクチャー	・関係課等との連携を図りながら事業を実施する体制となっているかを評価します。														
プロセス	・事業の実施方法・内容等は適切であったかを評価します。														
事業アウトプット	<p>【項目名】周知回数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>94回</td> <td>100回</td> <td>100回</td> <td>100回</td> <td>100回</td> <td>100回</td> <td>100回</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	94回	100回	100回	100回	100回	100回	100回
直近値(R4)	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									
94回	100回	100回	100回	100回	100回	100回									
事業アウトカム	<p>【項目名】特定健診において「運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。」の質問に「改善するつもりはない」と回答した被保険者の割合</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>19.9%</td> <td>19.0%</td> <td>18.0%</td> <td>17.0%</td> <td>16.0%</td> <td>15.0%</td> <td>15.0%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	19.9%	19.0%	18.0%	17.0%	16.0%	15.0%	15.0%
直近値(R4)	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									
19.9%	19.0%	18.0%	17.0%	16.0%	15.0%	15.0%									
評価時期	計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。														

② ウォーキングマップを活用した健康づくり事業

実施計画															
事業概要	生活習慣病予防や介護予防につなげるために、各地区保健委員会(44地区)及び事業所(10か所)において、主にウォーキングマップを活用した健康教室を実施します。														
対象者	・市民及び市内に通勤する者(75歳以上の後期高齢者を含む)														
ストラクチャー	・TASS(高松市アドバイザースポーツシステム)指導者や健康運動指導士を外部講師とし、保健委員会等と連携して実施します。														
プロセス	・実施要領及び年間実施計画を作成し、実施要領に基づき、指導実績のある外部の専門職員(TASS、健康運動指導士)に講師を依頼します。 ・対象者に適した運動教室の内容であったか、満足度について、実施保健師と保健委員会役員等で評価します。結果を踏まえ、今後の課題等について検討します。														
評価指標・目標値															
ストラクチャー	・運動教室の内容について、本市担当課保健師と外部講師とが必要に応じて情報共有を図り、効果的かつ円滑な実施ができているかを評価します。														
プロセス	・企画から評価まで、円滑に実施できているかを評価します。														
事業アウトプット	<p>【項目名】実施回数(ウォーキング)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>23回</td> <td>24回</td> <td>25回</td> <td>26回</td> <td>27回</td> <td>28回</td> <td>29回</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	23回	24回	25回	26回	27回	28回	29回
直近値(R4)	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									
23回	24回	25回	26回	27回	28回	29回									
事業アウトカム	<p>【項目名】参加者数(ウォーキング)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>495人</td> <td>500人</td> <td>520人</td> <td>540人</td> <td>560人</td> <td>580人</td> <td>600人</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	495人	500人	520人	540人	560人	580人	600人
直近値(R4)	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									
495人	500人	520人	540人	560人	580人	600人									
評価時期	計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。														

③ 運動推進普及啓発事業

実施計画							
事業概要	市政出前ふれあいトーク「ウォーキング等による健康づくり」の申請があったグループ及び団体に、ウォーキングの効果や注意点、ウォーキングマップの紹介、熱中症対策等の情報提供を行います。						
対象者	・市民及び市内に通勤する者						
ストラクチャー	・本市担当課が、実施日時と対象者数に応じて、適切な体制により実施します。						
プロセス	・本市担当課が、申請のあったグループ及び団体の人数、年齢、実施時間等に応じて、情報提供の内容を調整して実施します。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	・実施日時や対象者数に応じた、適切な実施体制であったかを評価します。						
プロセス	・グループ及び団体との調整を踏まえ、円滑に実施できているかを評価します。						
事業アウトプット	【項目名】実施回数(運動啓発)						
	直近値(R4)	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
	6回	6回	6回	6回	6回	6回	6回
事業アウトカム	【項目名】参加者数(運動啓発)						
	直近値(R4)	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
	97人	100人	100人	100人	100人	100人	100人
評価時期	計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。						

④ 運動習慣獲得のための出前健康教室

実施計画							
事業概要	生活習慣病予防や介護予防につなげるために、各地区保健委員会(44地区)及び事業所(10か所)において、ウォーキングに限らず、広く運動への関心を持ってもらうことを目的に健康教室を実施します。						
対象者	・市民及び市内に通勤する者(75歳以上の後期高齢者を含む)						
ストラクチャー	・TASS(高松市アドバイザースポーツシステム)指導者や健康運動指導士を外部講師とし、保健委員会等と連携して運動教室を実施します。						
プロセス	・実施要領と年間実施計画を作成し、実施要領に基づき、指導実績のある外部の専門職員(TASS、健康運動指導士)に講師を依頼します。 ・対象者に適した運動教室の内容であったか、満足度について、担当保健師と保健委員会役員等で評価します。結果を踏まえ、今後の課題等について検討します。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	・運動教室の内容について、本市担当課保健師と外部講師とが必要に応じて情報共有を図り、効果的かつ円滑な実施ができているかを評価します。						
プロセス	・企画から評価まで、円滑に実施できているかを評価します。						
事業アウトプット	【項目名】実施回数(運動出前教室)						
	直近値(R4)	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
	17回	17回	18回	19回	20回	21回	22回
事業アウトカム	【項目名】参加者数(運動出前教室)						
	直近値(R4)	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
	394人	400人	420人	440人	460人	480人	500人
評価時期	計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。						

⑤ 運動教室

実施計画															
事業概要	特定保健指導対象者が、疾病の発症や介護につながる「運動習慣がない」等の課題に対し、自らの運動習慣の必要性に気付き、また自主的に運動を継続できるよう、運動教室を実施します。														
対象者	・特定保健指導対象者														
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・運動教室の委託業者を決定し、教室の実施内容について協議し、内容の異なる教室を複数設けます。 ・業者に委託して、運動教室を実施します。 ・委託業者と連携して事業評価を行います。 														
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・10月以降順次、特定保健指導対象者を抽出し、参加者を募集します。 ・12月から3月まで順次、教室を開催します。 ・教室実施後に参加者に対してアンケートを実施します。 														
評価指標・目標値															
ストラクチャー	・教室の実施について、適切に取り組める体制となっているかを評価し、必要に応じて委託内容を検討します。														
プロセス	・委託業者の選定から教室の開催、アンケートまでが円滑に実施できているかを評価します。														
事業アウトプット	<p>【項目名】参加者数(運動教室)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>160人</td> <td>200人</td> <td>200人</td> <td>200人</td> <td>200人</td> <td>200人</td> <td>200人</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	160人	200人	200人	200人	200人	200人	200人
直近値(R4)	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									
160人	200人	200人	200人	200人	200人	200人									
事業アウトカム	<p>【項目名】参加者のうち、運動継続意思のある者の割合(運動教室)</p> <p>※教室実施後のアンケートにおいて、「今後も運動を継続したい」と回答した参加者の割合</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>—</td> <td>60%</td> <td>60%</td> <td>60%</td> <td>60%</td> <td>60%</td> <td>60%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値	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	—	60%	60%	60%	60%	60%	60%
直近値	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									
—	60%	60%	60%	60%	60%	60%									
評価時期	計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。														

(5)適正服薬・医療費適正化

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	適正服薬・医療費適正化に関連するデータヘルス計画の目標	
—	4	国民健康保険被保険者一人当たりの保険給付費の上昇の抑制	
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
4	ジェネリック医薬品の使用率 目標:80.0%、実績:77.7%	ジェネリック医薬品の使用促進事業	ジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額通知を送付しました。
1	1か月当たり3医療機関以上かつ15日以上受診した人数 目標:30人、実績:73人	重複・頻回受診対策事業	同一診療科において頻回に複数の医療機関受診等の傾向がある者に対して、適正な受診について通知等を実施しました。
3	1か月当たり6種類以上かつ90日以上処方があった人数 目標:500人、実績:608人	重複・多剤服薬者対策事業	同一疾病等により複数の医療機関を受診し、薬剤を重複投与されている者に対して、適正な医療機関のかかわり方等について通知等を実施しました。



第3期計画における適正服薬・医療費適正化に関連する健康課題						
#6 重複・多剤服薬者のうち、必要な被保険者に対して、適正な服薬を促す取組が必要です。同様に、重複・頻回受診を行っている者のうち、必要な被保険者に対して、適正な受診を促す取組が必要です。また、後発医薬品のさらなる利用促進を図ることが必要です。						
第3期計画における適正服薬・医療費適正化に関連するデータヘルス計画の目標						
・国民健康保険被保険者一人当たりの保険給付費の上昇の抑制						
【評価指標】 国民健康保険被保険者一人当たりの保険給付費						
直近値(R4)	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
397,386円	414,000円	422,000円	431,000円	439,000円	448,000円	457,000円



第3期計画における適正服薬・医療費適正化に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
一人当たりの医療費が増加傾向である状況を踏まえ、引き続き、薬剤師会等との連携を図りながら、ジェネリック医薬品の利用促進や重複・多剤服薬者等への適正受診など、対象者の特性に応じた保健指導に努めます。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#6	継続	重複・多剤服薬者対策事業	同一疾病等により複数の医療機関を受診し、薬剤を重複投与されている被保険者に対して、服薬情報通知や保健指導を実施します。
#6	継続	ジェネリック医薬品の使用促進事業	ジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額通知を送付します。
#6	継続	重複・頻回受診対策事業	同一診療科において頻回に複数の医療機関を受診している等の傾向がある被保険者に対して、適正な受診について通知や保健指導を実施します。

① 重複・多剤服薬者対策事業

実施計画																													
事業概要	同一疾病等により複数の医療機関を受診し、薬剤を重複投与されている被保険者に対して、服薬情報通知や保健指導を実施します。																												
対象者	・6種類以上の多種、多量処方を受けている等の被保険者																												
ストラクチャー	・重複・多剤服薬者対策事業の委託業者を決定し、事業の実施内容について協議します。 ・業者、薬剤師会等と連携し、重複・多剤服薬者対策事業を実施します。 ・委託業者と連携して事業評価を行います。																												
プロセス	・重複・多剤服薬者を医療費データベースから抽出し、被保険者本人の服薬情報を通知し、電話等による指導を行います。																												
評価指標・目標値																													
ストラクチャー	・保健指導が適切に取り組める体制となっているか評価し、必要に応じて委託内容を検討します。 ・事業周知を行うなど関係機関との連携が図られていたかを評価します。																												
プロセス	・対象者の選定及び事業の実施方法は適切であったか、また、事業はスケジュールに沿って実施できたかを評価します。																												
事業アウトプット	<p>【項目名】対象者への通知率(重複・多剤)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R5)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R5)	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	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%														
直近値(R5)	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																							
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%																							
事業アウトカム	<p>【項目名】重複投与者数(対1万人)</p> <p>※重複処方該当者数(3医療機関以上から1薬効以上の重複処方が発生した被保険者数+2医療機関以上から2薬効以上の重複処方が発生した被保険者数)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>103</td> <td>102</td> <td>102</td> <td>101</td> <td>101</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> <p>【項目名】多剤投与者数(対1万人)</p> <p>※同一月内に処方薬剤数が15剤以上に該当する人数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>27</td> <td>26</td> <td>26</td> <td>26</td> <td>25</td> <td>25</td> <td>25</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	103	102	102	101	101	100	100	直近値(R4)	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	27	26	26	26	25	25	25
直近値(R4)	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																							
103	102	102	101	101	100	100																							
直近値(R4)	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																							
27	26	26	26	25	25	25																							
評価時期	計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。																												

② ジェネリック医薬品の使用促進事業

実施計画															
事業概要	ジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額通知を送付します。														
対象者	・ジェネリック医薬品を使用することにより、一定額以上の自己負担額の削減効果等が見込まれる被保険者														
ストラクチャー	・香川県国民健康保険団体連合会と連携し、差額通知を行うとともに、効果を測定します。														
プロセス	・対象者に対して、差額通知を年2回送付します。 ・送付後、差額通知対象者のジェネリック医薬品への切替状況を確認し、差額通知の効果を測定します。														
評価指標・目標値															
ストラクチャー	・香川県国民健康保険団体連合会と適切に連携を図れているかを評価します。														
プロセス	・差額通知及び効果測定が円滑に行われているかを評価します。														
事業アウトプット	<p>【項目名】対象者への通知率(ジェネリック)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
直近値(R4)	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									
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%									
事業アウトカム	<p>【項目名】ジェネリック医薬品の使用割合(数量シェア全体)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>78.3%</td> <td>80.0%</td> <td>80.0%</td> <td>80.0%</td> <td>80.0%</td> <td>80.0%</td> <td>80.0%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	78.3%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
	直近値(R4)	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								
	78.3%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%								
<p>【項目名】ジェネリック医薬品の切替割合</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10.7%</td> <td>12.0%</td> <td>12.0%</td> <td>12.0%</td> <td>12.0%</td> <td>12.0%</td> <td>12.0%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	10.7%	12.0%	12.0%	12.0%	12.0%	12.0%	12.0%	
直近値(R4)	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									
10.7%	12.0%	12.0%	12.0%	12.0%	12.0%	12.0%									
評価時期	計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。														

※差額通知書通算集計表 表3-3 審査年月別切替割合(N+1年度5月作成分)

③ 重複・頻回受診対策事業

実施計画															
事業概要	同一診療科において頻回に複数の医療機関を受診している等の傾向がある被保険者に対して、適正な受診について通知や保健指導を実施します。														
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・重複受診者 同一疾病で2か月以上継続的かつ3か所以上の医療機関を受診している被保険者 ・頻回受診者 同一診療科において、3か月以上継続的かつ1か月につき15日以上受診している被保険者 														
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・重複・頻回受診対策事業の委託業者を決定し、事業の実施内容について協議します。 ・業者と連携し、重複・多剤服薬者対策事業を実施します。 ・委託業者と連携して事業評価を行います。 														
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・レセプトデータから対象者を抽出し、11月頃に対象者に対して通知書及び啓発資料を送付します。 ・指導が必要と思われる者に対して、電話等による保健指導を行います。 														
評価指標・目標値															
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導が適切に取り組める体制となっているか評価し、必要に応じて委託内容を検討します。 ・事業周知を行うなど関係機関との連携が図られていたかを評価します。 														
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の選定及び事業の実施方法は適切であったか、また、事業はスケジュールに沿って実施できたかを評価します。 														
事業アウトプット	<p>【項目名】対象者への通知率(重複・頻回)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
直近値(R4)	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									
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%									
事業アウトカム	<p>【項目名】重複・頻回受診者数(対1万人)</p> <p>※1か月当たり3医療機関以上かつ15日以上受診した被保険者数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7.5</td> <td>7.4</td> <td>7.3</td> <td>7.2</td> <td>7.1</td> <td>7.0</td> <td>7.0</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	7.5	7.4	7.3	7.2	7.1	7.0	7.0
直近値(R4)	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									
7.5	7.4	7.3	7.2	7.1	7.0	7.0									
評価時期	<p>計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。</p>														

(6) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	一体的実施に関連するデータヘルス計画の目標	
	① 5 ② 5 ③ 4 ④ 4 ⑤ 達成	① 介護・支援を必要としていない65歳以上の高齢者の割合の維持 ② 介護・支援を必要としていない75歳以上の高齢者の割合の維持 ③ 要支援認定者(サービス利用者)の維持改善 ④ 一人当たりの介護サービス費の上昇の抑制 ⑤ 健康寿命と平均寿命の差の縮小	
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
5	サービス未利用者率 目標:15.9% 実績:13.4%	要介護者(要支援)認定者のサービス未利用者対策	要介護(要支援)認定を受けているサービス未利用者等に対し、認定(更新)申請時等に、本人の状態に応じた適切なサービスの利用を促しました。
4	主観的健康感の維持向上率 目標:95.2% 実績:91.9%	高齢者居場所づくり事業	高齢者が心身機能の衰えに伴い閉じこもりがちとなり、社会との接点をなくして孤立することなどを防ぐため、医師会、歯科医師会、医療系大学、民間事業者等と連携し、各種健康講座や学生との交流を行い、医療等の知識の普及啓発等を行いました。 また、居場所において、本市担当課の専門職員によるフレイル予防講座を実施し、高齢者の介護予防と健康づくりの推進を図りました。
① 2 ② 3	① 「はつらつくらぶ」参加者数 目標:700人 実績:420人 ② 「フレイル予防講座」参加者数 目標:1,000人 実績:817人	介護予防普及啓発事業	高齢者が年齢を重ねても、自分らしく、健やかに生きがいをもちながら暮らせるよう、スポーツクラブ等で楽しみながら健康維持を目指す運動教室である「はつらつくらぶ」を開催しました。 また、高齢期において筋力や心身の活力が低下し、健康障害や要介護状態に陥りやすい状態であるフレイルや生活習慣病を予防するため、各種介護予防教室を開催し、健康増進を図りました。
3	施設の利用者数 目標:50,000人 実績:40,472人	瓦町健康ステーション事業	高齢者が自立した日常生活をより快適に過ごすために必要な元気な足腰を維持するため、「貯筋運動教室」を開催しました。 また、健康や介護予防に関する知識を習得し、日々の生活に生かすことを目的とした健康長寿講座や、フィットネスルーム利用講座などを開催し、健康づくりと生きがいづくりを推進しました。
4	要支援認定者(サービス利用者)の維持改善率 目標:82.0% 実績:78.6%	介護予防ケアマネジメント	要支援認定者や事業対象者に対し、介護予防の提案や介護予防サービス計画を作成しました。

第3期計画における高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関連する健康課題

＃5 将来の重篤な疾患の予防、さらには、介護予防、認知症予防、そして健康寿命延伸のために、国民健康保険と後期高齢者医療制度の保健事業を接続し、高齢者の特性を踏まえ、生活習慣病の重症化予防のほか、骨折対策や多角的なフレイル対策に取り組むことが必要です。また、要介護・要支援者に対しては、適切なサポートの提供が必要です。

第3期計画における高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関連するデータヘルズ計画の目標

・介護・支援を必要としない高齢者の割合の維持

【評価指標】自立高齢者率(介護・支援を必要としない65歳以上の高齢者の割合)

直近値(R5)	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
78.8%	78.8%	78.8%	78.8%	78.8%	78.8%	78.8%

【評価指標】自立後期高齢者率(介護・支援を必要としない75歳以上の高齢者の割合)

直近値(R5)	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
65.4%	65.4%	65.4%	65.4%	65.4%	65.4%	65.4%

【評価指標】要支援認定者(サービス利用者)の維持改善率

直近値(R4)	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
78.6%	80.0%	80.5%	81.0%	81.0%	81.0%	81.0%

【評価指標】一人当たり骨折(入院・外来)医療費(前期高齢者・後期高齢者)

直近値(R4)	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
30,475円	31,100円	31,750円	32,400円	33,050円	33,700円	34,350円

・一人当たりの介護サービス費の上昇の抑制

【評価指標】一人当たりの介護サービス費用額

直近値(R4)	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
154,368円	157,500円	157,500円	157,500円	160,700円	160,700円	160,700円

・健康寿命と平均寿命の差の縮小

【評価指標】健康寿命と平均寿命の差(男性)

直近値(R4)		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
平均寿命	81.3年	—	—	—	—	—	—
健康寿命	79.7年	—	—	—	—	—	—
差	1.6年	1.5年	1.5年	1.5年	1.4年	1.4年	1.4年

【評価指標】健康寿命と平均寿命の差(女性)

直近値(R4)		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
平均寿命	87.3年	—	—	—	—	—	—
健康寿命	83.9年	—	—	—	—	—	—
差	3.4年	3.3年	3.3年	3.3年	3.2年	3.2年	3.2年

第3期計画における高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関連する保健事業

保健事業の方向性

第2期計画において、介護予防に関する目標はおおむね達成できており、一人当たりの介護サービス費は抑制できているものの、上昇傾向にあります。

第3期計画においては、フレイル予防の観点から、骨折及び骨粗しょう症対策にも取り組むこととし、健康寿命と平均寿命の差のさらなる縮小を図ります。

健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#5	継続	要介護者(要支援)認定者のサービス未利用者対策	要介護(要支援)認定を受けているサービス未利用者等に対し、認定(更新)申請時等に、本人の状態に応じた適切なサービスの利用を促します。
#5	継続	高齢者の居場所におけるフレイル予防講座	高齢期において心身の活力が低下し、健康障害や要介護状態に陥りやすい状態であるフレイルや生活習慣病を予防するため、高齢者の居場所でフレイル予防講座を行います。
#5	新規	骨粗しょう症予防教室	骨粗しょう症予防に対する正しい知識の普及を図るとともに、バランスの良い食事の実践を促すことにより、「やせ」、「肥満」などの骨折のリスクを減らすことで、健康寿命の延伸を目指します。
#5	継続	介護予防普及啓発事業	高齢者の運動習慣の定着を目的とした介護予防教室「元気アップ教室」を開催することで、心身機能の維持向上を図り、健康寿命の延伸を目指します。
#5	継続	瓦町健康ステーション事業	高齢者が自立した日常生活をより快適に過ごすために必要な元気な足腰を維持するため、「貯筋運動教室」を開催します。また、介護予防効果を高めるため、「栄養・口腔講座」も併せて実施します。
#5	継続	介護予防ケアマネジメント	要支援認定者や事業対象者に対し、介護予防の提案や介護予防サービス計画を作成します。
#1	継続	【再掲】糖尿病性腎症重症化予防対策事業(過年度参加者フォローアップ)	(3)重症化予防 ⑦糖尿病性腎症重症化予防対策事業参照
#4	継続	【再掲】ウォーキングマップを活用した健康づくり事業(75歳以上の後期高齢者を含む)	(4)健康づくり ②ウォーキングマップを活用した健康づくり事業参照
#4	継続	【再掲】運動習慣獲得のための出前健康教室(75歳以上の後期高齢者を含む)	(4)健康づくり ④運動習慣獲得のための出前健康教室参照

① 要介護者(要支援)認定者のサービス未利用者対策

実施計画															
事業概要	要介護(要支援)認定を受けているサービス未利用者等に対し、認定(更新)申請時等に、本人の状態に応じた適切なサービスの利用を促します。														
対象者	・要介護(要支援)認定を受けているが、サービス未利用となっている被保険者及び新規で要支援認定を受ける被保険者														
ストラクチャー	・実施体制 本市担当課 ・関係機関 医師会、居宅介護支援事業者														
プロセス	・介護保険制度を分かりやすく解説した「高齢者のためのあんしんガイドブック」を関係機関の協力も得ながら、市内各所で配布します。また、新たに本市の第1号被保険者となった全ての市民に対し、「高齢者のためのあんしんガイドブック」の簡易版である「介護保険利用のしおり」を自宅に送付します。														
評価指標・目標値															
ストラクチャー	・関係機関と適切に連携できているかを評価します。														
プロセス	・「高齢者のためのあんしんガイドブック」の配布率や「介護保険利用のしおり」の送付等が行えているかを評価します。														
事業アウトプット	<p>【項目名】「介護保険利用のしおり」送付率</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
直近値(R4)	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									
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%									
事業アウトカム	<p>【項目名】サービス未利用者率</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13.4%</td> <td>13.3%</td> <td>13.3%</td> <td>13.3%</td> <td>13.2%</td> <td>13.2%</td> <td>13.2%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	13.4%	13.3%	13.3%	13.3%	13.2%	13.2%	13.2%
直近値(R4)	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									
13.4%	13.3%	13.3%	13.3%	13.2%	13.2%	13.2%									
評価時期	計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。														

② 高齢者の居場所におけるフレイル予防講座

実施計画															
事業概要	高齢期において心身の活力が低下し、健康障害や要介護状態に陥りやすい状態であるフレイルや生活習慣病を予防するため、高齢者の居場所でフレイル予防講座を行います。														
対象者	・高齢者の居場所への参加者														
ストラクチャー	・本市担当課の専門職員(理学療法士、保健師、管理栄養士、歯科衛生士)による実施														
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・高松市高齢者居場所づくり事業助成金の交付を受けている居場所からの実績報告書に基づき、参加者のフレイル該当項目数が多く、かつ、フレイルの認知度が低い居場所を抽出します。 ・抽出した居場所に対して、フレイル予防講座実施の希望調査を行います。 ・希望のあった居場所と日程調整を行い、本市担当課の専門職員が居場所に出向き、フレイル予防の3つの柱である「運動」、「食事・口腔ケア」、「支え合い」の視点を踏まえ、講話を行います。 ・毎年度末に各居場所から参加者名簿を提出してもらい、活動開始時と活動終了時の主観的健康感(5段階評価)を確認し、全参加者に占める維持向上者数の割合を算出します。 														
評価指標・目標値															
ストラクチャー	・本市担当課と高齢者の居場所とが、円滑にフレイル予防講座を実施するに当たり、適切に連携を図れているかを評価します。														
プロセス	・フレイル予防講座を実施する居場所の選定、講座の実施、主観的健康感の確認を円滑に行っているかを評価します。														
事業アウトプット	<p>【項目名】居場所におけるフレイル予防講座実施回数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>30回</td> <td>33回</td> <td>36回</td> <td>39回</td> <td>42回</td> <td>45回</td> <td>48回</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	30回	33回	36回	39回	42回	45回	48回
直近値(R4)	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									
30回	33回	36回	39回	42回	45回	48回									
事業アウトカム	<p>【項目名】主観的健康感の維持向上率</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>91.9%</td> <td>92.6%</td> <td>92.7%</td> <td>92.8%</td> <td>92.9%</td> <td>93.0%</td> <td>93.1%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	91.9%	92.6%	92.7%	92.8%	92.9%	93.0%	93.1%
直近値(R4)	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									
91.9%	92.6%	92.7%	92.8%	92.9%	93.0%	93.1%									
評価時期	計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。														

③ 骨粗しょう症予防教室

実施計画																													
事業概要	骨粗しょう症予防に対する正しい知識の普及を図るとともに、バランスの良い食事の実践を促すことにより、「やせ」、「肥満」などの骨折のリスクを減らすことで、健康寿命の延伸を目指します。																												
対象者	・18歳以上の市民 (既に骨粗しょう症と診断され治療中の者及び前回教室参加から1年経過していない者は除く。) ※骨粗しょう症においては、若年期に高い骨密度を獲得しておくこと、後年になって骨密度の低下があっても、骨粗しょう症の発症や骨折閾値への到達を遅らせることができる(骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2015年版より)ことから、対象を18歳以上とする。																												
ストラクチャー	・本市担当課の管理栄養士、看護師等が、必要に応じて関係機関と連携して実施します。																												
プロセス	・広報誌やHPにおいて教室の周知を図り、広く参加を募ります。教室では、骨密度測定を実施し、自身の骨密度を知るとともに、骨折のリスクを理解し、望ましい食習慣や生活習慣の実践につなげます。																												
評価指標・目標値																													
ストラクチャー	・実施体制を整え、必要に応じて関係機関と連携を図れているかを評価します。																												
プロセス	・教室の周知、教室の内容、回数等が計画どおり実施できているかを評価します。																												
事業アウトプット	<p>【項目名】参加率(骨粗しょう症予防教室)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>89.5%</td> <td>91.0%</td> <td>91.0%</td> <td>92.0%</td> <td>92.0%</td> <td>92.0%</td> <td>93.0%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	89.5%	91.0%	91.0%	92.0%	92.0%	92.0%	93.0%														
直近値(R4)	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																							
89.5%	91.0%	91.0%	92.0%	92.0%	92.0%	93.0%																							
事業アウトカム	<p>【項目名】骨粗しょう症について理解できた者の割合</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>82.8%</td> <td>84.0%</td> <td>85.2%</td> <td>86.4%</td> <td>87.6%</td> <td>88.8%</td> <td>90.0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>【項目名】自身の食習慣・生活習慣を見直して、改善(維持)しようと思う者の割合</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>86.8%</td> <td>87.3%</td> <td>87.8%</td> <td>88.3%</td> <td>88.8%</td> <td>89.3%</td> <td>90.0%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	82.8%	84.0%	85.2%	86.4%	87.6%	88.8%	90.0%	直近値(R4)	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	86.8%	87.3%	87.8%	88.3%	88.8%	89.3%	90.0%
直近値(R4)	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																							
82.8%	84.0%	85.2%	86.4%	87.6%	88.8%	90.0%																							
直近値(R4)	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																							
86.8%	87.3%	87.8%	88.3%	88.8%	89.3%	90.0%																							
評価時期	計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。																												

④ 介護予防普及啓発事業

実施計画															
事業概要	高齢者の運動習慣の定着を目的とした介護予防教室「元気アップ教室」を開催することで、心身機能の維持向上を図り、健康寿命の延伸を目指します。														
対象者	・市内在住の65歳以上の高齢者														
ストラクチャー	・委託による実施														
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・65歳から80歳までの特定健診及び後期高齢者医療健康診査受診者のうち、運動習慣の少ない者、口腔機能低下のおそれがある者、栄養状態の改善が必要な者等を抽出し、介護予防の働きかけが、今後の要介護認定の減少に効果がある対象群に対して、教室の案内を送付します。また、広報高松、「たかまつホットLINE」、ホームページ、チラシ等で広く参加者を募集します。 ・教室は前期と後期に分けて開催するものとし、運動習慣が自然と身につくような内容で開催します。 ・前期・後期教室の参加前と終了後に参加者にアンケートを実施し、週に1回以上、運動をしているかどうか調査します。調査結果を踏まえ、今後の課題等について検討します。 														
評価指標・目標値															
ストラクチャー	・講座内容や実施手法について、本市担当課の専門職員（理学療法士）と委託業者とが必要に応じて情報共有を図れているかを評価します。														
プロセス	・業者選定、対象者の抽出、参加勧奨、教室開催、アンケートを円滑に行えているかを評価します。														
事業アウトプット	<p>【項目名】「元気アップ教室」参加者数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>—</td> <td>340人</td> <td>380人</td> <td>420人</td> <td>420人</td> <td>420人</td> <td>420人</td> </tr> </tbody> </table>	直近値	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	—	340人	380人	420人	420人	420人	420人
直近値	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									
—	340人	380人	420人	420人	420人	420人									
事業アウトカム	<p>【項目名】週に1回以上、運動をしている者の割合（元気アップ教室）</p> <p>※参加前後のアンケート調査</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>—</td> <td>65%</td> <td>66%</td> <td>67%</td> <td>68%</td> <td>69%</td> <td>70%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値	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	—	65%	66%	67%	68%	69%	70%
直近値	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									
—	65%	66%	67%	68%	69%	70%									
評価時期	計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。														

⑤ 瓦町健康ステーション事業

実施計画															
事業概要	高齢者が自立した日常生活をより快適に過ごすために必要な元気な足腰を維持するため、「貯筋運動教室」を開催します。また、介護予防効果を高めるため、「栄養・口腔講座」も併せて実施します。														
対象者	・市内在住の65歳以上の高齢者														
ストラクチャー	・本市の主催により開催 ・外部講師として、健康運動指導士、管理栄養士、歯科衛生士が従事														
プロセス	・実施要領及び年間実施計画を作成します。 ・実施要領に基づき、指導実績のある外部の専門職員（健康運動指導士、管理栄養士、歯科衛生士）に講師を依頼します。 ・広報高松、ホームページ、「たかまつホットLINE」、チラシ等により教室・講座開催について周知します。 ・「貯筋運動教室」の参加前と終了後に参加者にアンケートを実施し、週に1回以上、運動をしているかどうか調査します。調査結果を踏まえ、今後の課題等について検討します。														
評価指標・目標値															
ストラクチャー	・講座内容や実施手法について、本市担当課の専門職員（理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士）と外部講師とが必要に応じて情報共有を図れているかを評価します。														
プロセス	・企画、広報、教室開催、アンケートが円滑に実施できているかを評価します。														
事業アウトプット	<p>【項目名】瓦町健康ステーションにおける「貯筋運動教室」参加者数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>—</td> <td>100人</td> <td>110人</td> <td>120人</td> <td>120人</td> <td>120人</td> <td>120人</td> </tr> </tbody> </table>	直近値	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	—	100人	110人	120人	120人	120人	120人
直近値	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									
—	100人	110人	120人	120人	120人	120人									
事業アウトカム	<p>【項目名】週に1回以上、運動をしている者の割合（貯筋運動教室）</p> <p>※参加前後のアンケート調査</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>—</td> <td>65%</td> <td>66%</td> <td>67%</td> <td>68%</td> <td>69%</td> <td>70%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値	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	—	65%	66%	67%	68%	69%	70%
直近値	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									
—	65%	66%	67%	68%	69%	70%									
評価時期	計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。														

⑥ 介護予防ケアマネジメント

実施計画															
事業概要	要支援認定者や事業対象者に対し、介護予防の提案や介護予防サービス計画を作成します。														
対象者	・要支援認定者、事業対象者(基本チェックリストの結果、生活機能の低下がみられる者)														
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護支援事業所と連携し、利用者の介護予防につながるよう介護予防ケアマネジメント(介護予防サービス計画の作成、介護保険サービス利用の調整やモニタリング、サービス利用後の評価等)を実施します。 ・利用者が主体的に介護予防に取り組めるよう、介護予防手帳を活用し利用者のセルフマネジメントを推進します。 ・介護支援専門員の介護予防ケアマネジメントのスキルアップを図るため、レベル別研修会の開催や地域ケア小会議でのケアプラン検討を行います。 														
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者との契約に基づき、介護予防ケアマネジメントを実施します。 ・介護支援専門員に対し、利用者の状況に応じた自立支援につなげるための助言や連携を行います。 														
評価指標・目標値															
ストラクチャー	・介護予防ケアマネジメントを効果的に行うための体制が整備されているか評価します。														
プロセス	・介護予防ケアマネジメントの一連の流れ(介護予防サービス計画の作成、介護保険サービス利用の調整やモニタリング、サービス利用後の評価等)が適切に行われているか評価します。														
事業アウトプット	<p>【項目名】介護予防ケアマネジメント件数(件/月)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5,100件</td> <td>5,100件</td> <td>5,100件</td> <td>5,100件</td> <td>5,100件</td> <td>5,100件</td> <td>5,100件</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	5,100件	5,100件	5,100件	5,100件	5,100件	5,100件	5,100件
直近値(R4)	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									
5,100件	5,100件	5,100件	5,100件	5,100件	5,100件	5,100件									
事業アウトカム	<p>【項目名】要支援認定者(サービス利用者)維持改善率</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R4)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>78.6%</td> <td>80.0%</td> <td>80.5%</td> <td>81.0%</td> <td>81.0%</td> <td>81.0%</td> <td>81.0%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R4)	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	78.6%	80.0%	80.5%	81.0%	81.0%	81.0%	81.0%
直近値(R4)	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									
78.6%	80.0%	80.5%	81.0%	81.0%	81.0%	81.0%									
評価時期	計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。														

(7)がん対策

第2期計画における取組と評価							
目標分類	評価		がん対策に関連するデータヘルス計画の目標				
—	①	4	①	がんの年齢調整死亡率(75歳未満)の減少(対10万人)男性			
	②	5	②	がんの年齢調整死亡率(75歳未満)の減少(対10万人)女性			
事業評価 事業アウトカム						個別事業名	
区分	① がん検診受診率			② 精密検査受診率			がん検診
	目標	実績	評価	目標	実績	評価	
胃がん	60.0%	53.4%	4	95.0%	91.5%	4	
大腸がん	60.0%	55.1%	4	90.0%	71.8%	3	
肺がん	60.0%	59.7%	4	95.0%	91.5%	4	
子宮頸がん	60.0%	63.3%	5	90.0%	86.1%	4	
乳がん	60.0%	61.0%	5	90.0%	96.7%	5	
事業の概要		早期発見・早期治療を行うことにより、がんによる死亡を減らすため、国の定める対策型がん(胃がん・大腸がん・肺がん・子宮頸がん・乳がん)検診を実施しました。					



第3期計画におけるがん対策に関連する健康課題						
#7 がんの死亡者数・死亡率の抑制を目指し、がん検診の受診率を向上させることが必要です。						
第3期計画におけるがん対策に関連するデータヘルス計画の目標						
・がんの年齢調整罹患率の減少 【評価指標】 がん年齢調整罹患率(対10万人)						
直近値(R円)	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
400.7	399.1	397.5	395.8	394.2	392.6	390.9



第3期計画におけるがん対策に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
がん検診受診率は一部目標値に達していないため、引き続き、がん検診による早期発見・早期治療の重要性を周知していくとともに、がん年齢調整罹患率減少のために、がん予防に関する健康教育にも取り組んでいきます。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#7	継続	がん検診 (胃がん、大腸がん、肺がん、子宮頸がん、乳がん)	早期発見・早期治療を行うことにより、がんによる死亡を減らすため、国の定める対策型がん(胃がん・大腸がん・肺がん・子宮頸がん・乳がん)検診を実施します。

① がん検診

実施計画																													
事業概要	早期発見・早期治療を行うことにより、がんによる死亡を減らすため、国の定める対策型がん(胃がん・大腸がん・肺がん・子宮頸がん・乳がん)検診を実施します。																												
対象者	・40歳以上の者(ただし、子宮頸がんについては20歳以上、乳がんについては40歳以上の女性)																												
ストラクチャー	・医師会・香川県健診協会等に委託して、がん検診を実施します。																												
プロセス	・対象者に受診券・啓発チラシ等を個別に郵送し、受診勧奨を行います。子宮頸がん・乳がん検診(一部の年齢層の者)に、再受診勧奨を行います。 ・広報高松、「たかまつホットとLINE」等により、受診勧奨を行います。																												
評価指標・目標値																													
ストラクチャー	・医師会と連携し、がん検診の精度管理を行います。																												
プロセス	・企画・実施がスケジュールどおりに実施できているかを評価します。																												
事業アウトプット	<p>【項目名】がん検診受診率 ※市民意識調査(40歳以上70歳未満。ただし、子宮頸がんは20歳以上、乳がんは40歳以上)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R5)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>61.3%</td> <td>61.6%</td> <td>61.9%</td> <td>62.2%</td> <td>62.5%</td> <td>62.9%</td> <td>63.2%</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R5)	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	61.3%	61.6%	61.9%	62.2%	62.5%	62.9%	63.2%														
直近値(R5)	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																							
61.3%	61.6%	61.9%	62.2%	62.5%	62.9%	63.2%																							
事業アウトカム	<p>【項目名】がん年齢調整死亡率(75歳未満)(対10万人)の減少(男性)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R3)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>83.9</td> <td>80.9</td> <td>77.8</td> <td>74.8</td> <td>71.8</td> <td>68.7</td> <td>65.7</td> </tr> </tbody> </table> <p>【項目名】がん年齢調整死亡率(75歳未満)(対10万人)の減少(女性)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>直近値(R3)</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>47.6</td> <td>47.3</td> <td>47.0</td> <td>46.7</td> <td>46.3</td> <td>46.0</td> <td>45.7</td> </tr> </tbody> </table>	直近値(R3)	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	83.9	80.9	77.8	74.8	71.8	68.7	65.7	直近値(R3)	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	47.6	47.3	47.0	46.7	46.3	46.0	45.7
直近値(R3)	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																							
83.9	80.9	77.8	74.8	71.8	68.7	65.7																							
直近値(R3)	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																							
47.6	47.3	47.0	46.7	46.3	46.0	45.7																							
評価時期	計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。																												

2 その他の取組

本計画の目的、目標を達成するため、以下の事業にも取り組みます。

(1) 国民健康保険給付費適正化に関するその他の取組

① 診療(調剤)報酬明細書等点検	
目的	医療機関等からの医療費請求の適正化を図ることで、適正な保険給付を目指します。
目標	医療機関からの請求内容を確実に点検すること等により、医療費請求の適正化を図ります。
対象者	本市に医療費請求を行った医療機関等
実施方法 場所等	診療(調剤)報酬明細書の効率的かつ確実な点検を実施し、再審査請求を行うとともに柔道整復療養費支給申請書の点検を民間に委託し、必要に応じ、患者調査を実施します。
実施期間	令和6年度～令和11年度

② 医療費通知	
目的	被保険者の意識醸成及び医療機関等からの不正請求防止を図ることで、適正な保険給付を目指します。
目標	被保険者に自らに係る医療費を通知することで、被保険者の医療費に関する意識醸成及び医療機関等からの不正請求防止を図ります。
対象者	国民健康保険被保険者で医療機関等を受診した者
実施方法 場所等	被保険者に対し医療費通知を発送します。
実施期間	令和6年度～令和11年度

③ 人間ドック等助成	
目的	人間ドック等の受診を高めることで、生活習慣病等に係る医療費の抑制を目指します。
目標	人間ドック等の助成を高めます。
対象者	40歳以上75歳未満の国民健康保険の被保険者で人間ドック等を受診される被保険者(特定健診受診者を除く)
実施方法 場所等	人間ドック・脳ドック・歯科ドックにかかる健診費用の一部を助成します。
実施期間	令和6年度～令和11年度

④ 若年層対策健康診査	
目的	若年層対策健康診査の受診率を高めることで、40歳未満の被保険者の健康意識の醸成を図ります。
目標	若年層対策健康診査の受診率を高めます。
対象者	35歳から39歳までの被保険者(特定健診対象者を除く)
実施方法 場所等	対象者に受診勧奨を行い、申込者に検査キットを送付するとともに、検査者に結果を通知します。
実施期間	令和6年度～令和11年度

⑤ 医療機関での歯科保健指導等	
目的	糖尿病や歯周病の適切な受診を促すことで、糖尿病の重症化予防、ひいては将来的な医療費の抑制を目指します。
目標	歯周病リスクの高い被保険者に歯科保健指導や歯科受診を促すことで、糖尿病と歯周病の関連についての周知を図り、適切な受診につなげます。
対象者	【歯科保健指導】 特定健診受診者のうち、歯科質問項目の「歯磨きの時、歯茎から血が出る」に該当し、喫煙者でHbA1c5.0%以上又は、喫煙者でない者でHbA1c6.2%以上の者 【歯科受診勧奨】 直近12か月以上歯科レセプトがなく、かつ、特定健診受診者のうち、歯科質問項目の「歯茎が腫れることがある」、「歯がぐらぐらする」に該当し、喫煙者でHbA1c5.0%以上又は、喫煙者でない者でHbA1c6.2%以上の被保険者
実施方法 場所等	特定健診受診者のうち、歯周病を疑う所見のある被保険者を抽出して、医療(歯科)機関で歯科保健指導又は受診勧奨を実施します。
実施期間	令和6年度～令和11年度

⑥ 成人歯科健康診査	
目的	歯科健診を受診する人を増やすことで、「生涯を通じた歯の健康づくり」につなげます。
目標	「8020運動」の一環として、歯科健診を受診する人を増やします。
対象者	市内に住所を有し、毎年4月1日現在において、満30、40、50、60、65、70歳の者
実施方法 場所等	7月～2月に市内歯科医療機関で問診、診察及び口腔保健指導を行います。
実施期間	令和6年度～令和11年度

(2)介護保険給付費適正化に関するその他の取組(介護給付適正化計画)

ここに記載する取組は、介護保険法第117条第2項第3号及び第4号の規定に基づき、第9期高松市高齢者保健福祉計画に記載する介護給付適正化計画です。介護給付の適正化は、介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要なとす過不足のないサービスを、事業者が適切に提供するように促すことであり、適切なサービスの確保とその結果としての費用の効率化を通じて介護保険の信頼性を高め、持続可能な介護保険制度の構築に資するものです。

① 要介護認定の適正化	
目的	要介護認定に係る認定調査の内容について、書面等の審査を通じて点検することにより、適切かつ公平な要介護認定の確保を図ります。
目標	要介護認定調査の標準化を図ります。
対象者	要介護認定調査の受託者
実施方法 場所等	指定居宅介護支援事業者等に委託している認定調査の結果について、事後点検を実施します。

実施期間	令和6年度～令和11年度						
取組内容	現在の取組	<ul style="list-style-type: none"> ・指定居宅介護支援事業者等に認定調査を委託 ・認定調査結果の事後点検実施 ・必要に応じて助言や指導を行います。 					
	令和6年度	継続					
	令和7年度	継続					
	令和8年度	継続					
	令和9年度	継続					
	令和10年度	継続					
	令和11年度	継続					
評価指標	要介護認定に係る認定調査内容の点検実施割合						
評価時期	直近値(R4)	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
目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

② ケアプラン等の点検							
目的	介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画等について、自立支援の視点に基づき、保険者としてアセスメントからの課題抽出による適正なサービス(保険給付、インフォーマルを含む)の位置付けが行われているか点検し、必要な指導を行うことで、サービスの質の向上を図ります。						
目標	適切なサービスの確保と、その結果としての費用の効率化を通じて、介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築につなげます。						
対象者	居宅介護支援事業者等						
実施方法 場所等	事業者に資料の提出を求める又は訪問調査を行います。						
実施期間	令和6年度～令和11年度						
取組内容	現在の取組	介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画等の記載内容について、事業者に資料の提出を求める又は訪問調査を行い、点検及び指導を実施					
	令和6年度	継続					
	令和7年度	継続					
	令和8年度	継続					
	令和9年度	継続					
	令和10年度	継続					
	令和11年度	継続					
評価指標	ケアプランチェック(年間件数)						
評価時期	直近値(R4)	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
目標値	200件	244件	249件	254件	259件	259件	259件

③ 医療情報との突合・縦覧点検							
目的	受給者ごとに同一月内及び複数月にまたがる介護報酬の支払状況を確認し、提供されたサービスの整合性等の点検を行い、請求内容の誤り等を発見し、介護報酬請求の適正化を図ります。また、受給者の国民健康保険や後期高齢者医療の入院情報と介護保険の給付情報を突合することで、医療と介護の重複請求を排除します。						
目標	請求内容の誤り等を早期に発見することで、適正な介護給付につなげます。						
対象者	介護サービス事業者等						
実施方法 場所等	「介護給付費縦覧審査結果通知書」、「介護給付費医療突合審査結果通知書」の内容を確認します。						
実施期間	令和6年度～令和11年度						
取組内容	現在の取組	「介護給付費縦覧審査結果通知書」、「介護給付費医療突合審査結果通知書」に出力された内容を事業所等に確認し、適切な処置を行います。					
	令和6年度	継続					
	令和7年度	継続					
	令和8年度	継続					
	令和9年度	継続					
	令和10年度	継続					
	令和11年度	継続					
評価指標	縦覧点検・突合点検の実施率						
評価時期	直近値(R4)	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
目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

第6章 第4期高松市特定健康診査等実施計画

1 実施計画の基本的事項

(1)実施計画策定の背景・趣旨

生活習慣病の発症や重症化を予防し、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、「高齢者の医療の確保に関する法律」(昭和57年法律第80号。以下「高確法」という。)に基づき、保険者には平成20年度から特定健診及び特定保健指導の実施が義務付けられています。

本市においても、高確法に基づく特定健康診査等基本方針に沿って、実施計画を策定し、特定健診及び特定保健指導を実施してきました。

近年、全世代型社会保障の構築に向け、生活習慣病の発症や重症化予防の重要性は一層高まっており、より効率的かつ効果的な特定健診及び特定保健指導の実施が求められています。

国からは、令和5年3月に「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」及び「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、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であることに立ち返り、対象者の行動変容につながり成果が出たことを評価するという方針の下、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を目指し、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たことにより、各保険者には、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ています。

本章は、第3期高松市特定健康診査等実施計画(以下、「第3期実施計画」という。)の計画期間が令和5年度で終了することから、国での方針の見直しの内容や本市の現状を踏まえ、令和6年度を初年度とする第4期高松市特定健康診査等実施計画(以下「本実施計画」という。)として位置付けるものです。〈表10-1-2-1〉

〈表10-1-2-1: 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	<p>①初回面接の分割実施の条件緩和</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診又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。 <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たり、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。 <p>④運用の改善</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期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

(2)計画の位置付け

本実施計画は、第1章(2ページ)に記載のとおり、本計画と一体化して策定し、関連する本市諸計画を始め、国及び香川県の関連計画等とも調和・整合を図ります。

(3)計画期間

本実施計画の期間は、本計画と同様に、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

2 第3期実施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ます。

第3期実施計画においては、全保険者で特定健診受診率を令和5年度までに70.0%まで、特定保健指導実施率を45.0%まで引き上げることが目標とされていましたが、令和3年度時点で全保険者の特定健診平均受診率は56.5%、特定保健指導平均実施率は24.6%と、目標値から大きく乖離していて目標達成が困難な状況であり、特に、市町村国保は目標値を大きく下回っています。

また、メタボ該当者及びメタボ予備群該当者の減少率についても、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ましたが、令和3年度時点では13.8%減に留まっており、目標達成が厳しい状況にあります。〈表10-2-1-1〉〈表10-2-1-2〉

※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。

<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>

	全保険者		市町村国保				
	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	70.0%	56.5%	60.0%	36.4%	28.2%	37.6%	42.5%
特定保健指導 平均実施率	45.0%	24.6%	60.0%	27.9%	13.9%	27.7%	44.9%

【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

<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)本市の状況

ア 特定健診受診率

第3期実施計画における特定健診の受診状況については、第3章(37ページ)に記載のとおりであり、目標としている60.0%に達していません。

イ 特定保健指導実施率

第3期実施計画における特定保健指導の実施状況については、第3章(44ページ)に記載のとおりであり、目標としている60.0%に達していません。

ウ メタボ該当者・メタボ予備群該当者の状況

第3期実施計画における特定健診受診者におけるメタボ該当者及びメタボ予備群該当者の状況については、第3章(41ページ)に記載のとおりであり、特定健診受診者に占めるメタボ該当者割合は、全国平均・県平均を上回り、令和元年度から上昇しています。

エ 第3期実施計画における成果と今後の課題

(ア) 特定健診受診率

特定健診受診率については、令和3年度が43.5%、令和4年度が43.9%と、令和3年度における市町村国保平均値の36.4%を上回っているものの、国が目標としている60%には達していません。

令和2年度以降は、コロナ禍の影響を受けて下降傾向となっていました。令和4年度は前年度から0.4ポイント改善したことから、受診率の回復、更なる向上に向けて、未受診者勧奨等の取組を継続していく必要があります。

(イ) 特定保健指導実施率

特定保健指導実施率については、令和3年度が24.0%、令和4年度が23.5%と、令和3年度における市町村国保平均値の27.9%を下回っており、国が目標としている60%には達していません。

特に、令和3年度以降は、コロナ禍の影響を受けて大きく低下しており、未だ回復に転じていないことから、実施率の回復、向上を目指し、対象者宅への勧奨訪問やオンライン保健指導など、利用しやすい環境づくり等の取組を強化する必要があります。

(ウ) メタボ該当者及びメタボ予備群の減少率

令和4年度特定健診受診者に占めるメタボ該当者の割合については、令和4年度が23.5%と、全国平均・県平均を上回っており、男女別で見ると、男性は38.4%、女性は13.4%がメタボ該当者となっています。

また、メタボ予備群該当者の割合については、令和4年度が10.1%と、全国平均・県平均を下回っており、男女別で見ると、男性は16.9%、女性は5.5%がメタボ予備群該当者となっています。

メタボリックシンドロームは、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くとされていることから、メタボ該当者及びメタボ予備群該当者の割合を減少させるため、特定保健指導に参加しやすい環境づくり等、効果的・効率的な取組を検討・実施する必要があります。

3 本実施計画における目標

(1) 国の示す目標

国においては引き続き、令和11年度までに特定健診の全国平均受診率70%以上、特定保健指導の全国平均実施率45%以上を達成することとしており、市町村国保における目標値についても引き続き、特定健診受診率及び特定保健指導実施率のいずれも60%以上と設定されています。

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、引き続き平成20年度比25%以上減と設定されています。〈表10-2-3-1〉

<表10-2-3-1:第4期計画における国が設定した目標値>

	国全体 (令和11年度)	市町村国保 (令和11年度)
特定健診受診率	70%以上	60%以上
特定保健指導の実施率	45%以上	60%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

(2)本市の目標

ア 目標値の設定

本市では、国の示す目標及び前期実施計画における目標達成状況を踏まえ、令和11年度までに特定健診受診率60.0%以上、特定保健指導実施率60.0%以上を達成することを目標とし、各年度の目標値を以下のとおり設定します。<表10-2-3-2>

<表10-2-3-2: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	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
特定保健指導実施率	30.0%	36.0%	42.0%	48.0%	54.0%	60.0%

イ 対象者等の推計

(ア) 特定健診対象者数及び受診者数

令和6年度から令和11年度までの特定健診及び受診者数に係る各年度の推計は、以下のとおりです。<表:10-2-3-3>

(イ) 特定保健指導対象者数及び実施者数

令和6年度から令和11年度までの特定保健指導対象者数及び実施者数に係る各年度の推計は、以下のとおりです。<表:10-2-3-3>

<表10-2-3-3:特定健診対象者・特定保健指導実施者の推計>

		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	55,399人	54,975人	54,551人	54,127人	53,703人	53,279人	
	受診者数	24,930人	26,388人	27,821人	29,229人	30,611人	31,967人	
特定保健指導	対象者数	総数	2,967人	3,140人	3,311人	3,478人	3,643人	3,804人
		積極的支援	598人	633人	668人	701人	735人	767人
		動機付け支援	2,368人	2,507人	2,643人	2,777人	2,908人	3,037人
	実施者数	総数	890人	1,130人	1,390人	1,670人	1,967人	2,282人
		積極的支援	179人	228人	280人	337人	397人	460人
		動機付け支援	710人	902人	1,110人	1,333人	1,570人	1,822人

※各見込み数の算出方法

特定健診対象者数:40-64歳、65-74歳の推計人口に令和4年度の各層の国保加入率を乗じて算出

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4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4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

4 特定健診・特定保健指導の実施方法

(1) 特定健診

ア 対象者

対象者は、本実施計画期間中に40歳から74歳となる本市国保被保険者(同期間中に75歳になる75歳未満の者も含む。)とします。ただし、妊産婦、刑務所等入所者、海外在住者、長期入院等、厚生労働省令で定める除外規定に該当する者は、対象者から除くものとします。

イ 実施場所

本市市内及び本市に隣接する一部の町の200か所以上の医療機関で実施します。
 なお、実施する医療機関名については、毎年、特定健診の実施時期に合わせて周知します。

ウ 実施項目

高確法に基づく「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、特定健診の受診者全員に、「基本的な健診項目」及び本市独自の「追加項目」による健診を実施します。また、一定の基準の下、医師が必要と判断した場合には、「詳細な健診項目」での健診を実施します。〈表10-4-1-1〉

〈表10-4-1-1: 特定健診の健診項目〉

	項目
基本的な健診項目	<ul style="list-style-type: none"> ・診察(既往歴(服薬歴、喫煙歴を含む)、自他覚症状) ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・心電図検査 ・眼底検査 ・貧血検査 ・血清クレアチニン検査

【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)

エ 実施時期

各年度、7月1日から10月31日(一部の医療機関においては12月下旬)までの期間で実施します。

オ 案内方法

対象者に受診票を個別に送付します。また、広報高松、本市ホームページ、SNSその他各種の広報媒体にて周知します。

カ 実施体制

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」)を満たす健診機関を選定します。

キ 事業者健診等の健診データ収集方法

本市国保の被保険者に対し、「労働安全衛生法」に基づく健康診断や人間ドックを受診した際には健診結果データを提供するよう依頼し、実際に提供された場合には特定健診の受診率に反映させます。

また、定期的に医療機関で検査を受けている被保険者などが、特定健診と同等の検査項目を検査済の場合、本人同意の上で当該医療機関からデータ提供を受け、特定健診受診率に反映させます。

ク 特定健診受診率向上に向けた主な取組

(ア) 受診勧奨

対象者に受診票を発送するほか、一定期間経過後に、未受診者に対しハガキ又はSMSによる未受診者受診勧奨を行います。

(イ) 利便性の向上

対象者に自己負担を求めず、無償で受診できるようにします。

また、一部の医療機関においては健診期間を通常の10月末から12月下旬まで延長するほか、本市に隣接する町の一部医療機関で実施します。

さらには、がん検診と同時に受診できる医療機関の分かりやすい周知に努めます。

(ウ) 関係機関との連携

医師会や香川県国民健康保険団体連合会と連携し、実施体制の充実等に取り組みます。

(エ) 関係機関との連携

若年層の受診習慣及び健康意識醸成を図るため、40歳未満を対象とした若年層対策健康診査を実施します。

(2) 特定保健指導

ア 対象者

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健診の結果を用いて内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い、積極的支援と動機付け支援の対象者を抽出します。ただし、質問票により服薬中と判断された者は、医療機関における継続的な医学的管理の下での指導が適切であるため、対象者から除くこととします。なお、65歳以上75歳未満の者については、積極的支援の要件に該当する場合であっても、動機付け支援対象者となります。

また、2年連続して積極的支援対象者に該当した者のうち、1年目に積極的支援を終了し、かつ1年目に比べ2年目の状態が改善している場合は、動機付け支援対象者となります。〈表:10-4-2-1〉

〈表10-4-2-1: 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項目以上該当	なし/あり	積極的支援	動機付け支援
	1項目該当	あり		
上記以外で BMI≥25kg/m ²		3項目該当	なし	
	なし/あり		積極的支援	
	2項目該当	あり	動機付け支援	
		なし		
	1項目該当	なし/あり		

〈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以上又はHbA1c5.6%以上
	血圧	収縮期血圧130mmHg以上又は拡張期血圧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)、又は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)

イ 実施場所

個別訪問や委託契約を結んだ医療機関、総合センター等で実施します。

ウ 実施期間・内容場所

特定保健指導は通年実施することとします。

積極的支援及び動機付け支援ともに初回面接では、医師、保健師又は管理栄養士の指導の下、生活習慣改善のための行動計画を設定することとします。

積極的支援は、初回面接後、3か月間にわたる定期的な電話や訪問での継続支援を実施し、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います。

なお、実績評価時に、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ものとします。

動機付け支援は、初回面接後、3か月後に体重、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います。

エ 実施項目

保健指導レベルに応じた内容の保健指導を実施します。〈表:10-4-2-2:特定保健指導の内容〉

〈表:10-4-2-2:特定保健指導の内容〉

	支援形態	支援内容
積極的支援	a. 初回面談 一人当たり20分以上の個別支援又は1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援を行います。 b. 3か月以上の継続支援 個別支援、グループ支援の他、電話、電子メール等の通信手段を組み合わせで行います。 c. 3か月经過後の評価 面接又は通信手段を利用して行います。	特定健診の結果から、対象者自らが、自分の身体に起こっている変化を理解し、生活習慣改善の必要性を実感できるような働きかけを行います。 また、具体的に実践可能な行動目標を対象者が選択できるように支援します。 支援者は、目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に介入します。
動機付け支援	a. 初回面談 一人当たり20分以上の個別支援又は1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援を行います。 b. 3か月经過後の評価 面接又は電話、電子メール等の通信手段を組み合わせで行います。	対象者自らが、自分の生活習慣の改善すべき点を自覚することで、行動目標を設定し、目標達成に向けた取組が継続できるような働きかけを行います。

オ 実施体制

特定保健指導は、直営又は委託により実施します。

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こととし、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ます。

カ 案内方法

対象者に、特定保健指導案内文を送付します。

キ 特定保健指導実施率向上に向けた主な取組

(ア) 利用勧奨

毎月、対象者を抽出し、勧奨通知を送付するとともに、自宅を訪問して勧奨する勧奨訪問を行います。

(イ) 利便性の向上

自宅、指定の会場及び委託契約を結んだ医療機関において個別支援を実施するほか、指定の会場において集団支援を実施するなど、支援方法や日時、会場の選択肢を広げるほか、オンラインによる保健指導環境の整備に努めます。

(ウ)内容・質の向上

特定保健指導を担当する職員に対し、職場内での研修を実施するほか、職場外での研修会等への参加を積極的に促し、保健指導の質の向上に努めます。

(エ)早期介入

特定健診と同じ医療機関で特定保健指導を受けられるよう、医療機関と委託契約を結び、早期介入に努めます。

5 その他

(1)個人情報の取扱い

個人情報の取扱いについては、第7章に記載のとおり、適切に対応します。

特に、特定健診及び特定保健指導の記録の保存に当たっては、「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、厳格に管理した上で適切に活用します。

(2)実施計画の評価・見直し

実施計画の評価のうち、特定健診の受診率及び特定保健指導の実施率については、最終年度(令和11年度)に評価を行います。

また、計画期間中は、設定した目標値の達成状況を毎年度点検し、評価結果を活用して、必要に応じて実施計画の記載内容を見直します。

第7章 計画の推進等

1 計画の評価・見直し

(1) 評価方法・体制

本計画は、Plan(計画)－Do(実施)－Check(評価)－Act(改善)のマネジメントサイクル(PDCAサイクル)による進行管理を行います。

分野別の目標については、中・長期的に推進するものであることを踏まえ、アウトカム(成果)指標の達成状況等による評価を行うこととし、各保健事業の評価指標については、事業内容に係るアウトプット(活動)指標及びアウトカム(成果)指標の達成状況等による評価を行うこととします。

また、その評価に当たっては、高松市国民健康保険運営協議会から指導・助言を受けることとします。

なお、本計画の中間時点等において、計画全体についての進捗確認及び中間評価を行い、必要に応じて、実施体制・目標値等の見直しを行うこととします。

本計画の最終年度においては、次期計画策定を円滑に行うため、上半期に仮評価を行うこととします。

(2) 目標達成の評価方法と見直し

目標達成に向けて、適切にPDCAサイクルによる進行管理を行うため、計画全体の目標、分野別の目標、各保健事業のそれぞれに設定した評価指標(各保健事業については「事業アウトカム」)の達成状況を基に、毎年度、以下の3段階で評価を行います。

特に、各保健事業については、目標の達成状況が順調でない場合は、仕組みや手法を検証の上、必要に応じて、次年度以降の実施内容等を見直します。

【3段階評価の基準】

評価	評価基準
A	80%～100%
B	60%～ 80%未満
C	60%未満

2 計画の公表・周知

本計画は、広報高松や本市ホームページ等で公表するとともに、積極的に概要版等の資料を作成・活用することにより、周知・啓発を図ることとし、計画内容の変更時にも同様に、広く内容等を周知するようにします。

また、個人情報に関する部分を除く本計画に係る事業の実績、目標の達成状況の公表に努めます。

3 個人情報の取扱い

本計画の進行管理に利用する健診データやレセプト等の個人情報の取扱いについては、「個人情報の保護に関する法律」(平成15年法律第57号)及び同法に基づくガイドライン、並びに高松市個人情報の保護に関する法律施行条例等に基づき、適切に管理します。

また、関係する業務を外部に委託する際にも、同様に取扱われるよう、委託契約書に定める等の必要な措置を講じます。

4 地域包括ケアシステムの深化・推進に資する取組

本市では、高齢化の一層の進行と人口減少社会への突入という社会環境の変化を見据え、「第9期高松市高齢者保健福祉計画」を策定し、地域包括ケアシステムの更なる深化・推進を図る各種施策を推進することとしています。

一方、国民健康保険制度については、被保険者に占める高齢者の割合が高いという特徴があり、本市国民健康保険被保険者の年齢構成についても、65歳～74歳の前期高齢者が約48%を占めています。

こうしたことから、本計画の推進に当たっては、高松市高齢者保健福祉計画と調和を保ちながら、地域全体で高齢者を支えるという「地域づくり・まちづくり」の視点を持って、「高齢者居場所づくり事業等への健康教育」等に取り組めます。

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は腎臓の中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未満の状態又は尿たんぱくが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3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一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3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 ・1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、増え過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、血液中に含まれるブドウ糖(グルコース)の濃度のことで、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の実施をサポート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	要介護2以上を「不健康」と定義して、平均寿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。

行	No.	用語	解説
	12	後期高齢者医療制度	公的医療保険制度の一つで、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	血圧が高いという病態。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。
	21	腎不全	腎臓の中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、更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項目又は3項目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項目又は2項目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3大合併症をしばしば伴う。

行	No.	用語	解説
	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歳から74歳までの者を対象として、保険者が実施することになっている健康診査。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」と言われることもある。
	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当たって、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) ² 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(対人口10万人の死亡者数)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未満の場合は死亡率が低いと判断される。
	38	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。
	39	HbA1c	赤血球の中にあるヘモグロビンA(HbA)にグルコース(血糖)が非酵素的に結合したもの。糖尿病の過去1～3か月のコントロール状態の評価を行う上での重要な指標。
ま行	40	未治療者	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。
	41	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	42	有所見者	特定健診受診者のうち、異常の所見のあった者。

参考資料 本計画における指標一覧

(1)生活習慣病対策(一次予防)

目標	評価指標		目標値	
特定健診受診率の向上	特定健診受診率		60%	
事業名	事業アウトプット		事業アウトカム	
	評価指標	目標値	評価指標	目標値
① 特定健診	対象者への受診票送付率	100%	特定健診受診率(再掲)	60%

(2)生活習慣病対策(発症予防)

目標	評価指標		目標値	
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の減少	特定健診受診者のうち、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合		30%	
事業名	事業アウトプット		事業アウトカム	
	評価指標	目標値	評価指標	目標値
① 特定保健指導	対象者への利用勧奨発送率(特定保健指導)	100%	特定保健指導実施率	60%
			特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	25%

(3)生活習慣病対策(重症化予防)

目標	評価指標		目標値	
血糖コントロール不良者の割合の減少	特定健診受診者のうち、HbA1c8.0%以上の者の割合(40~74歳)		0.9%	
糖尿病性腎症重症化予防対象者数の減少	糖尿病性腎症重症化予防対象者数		15,244人	
人工透析患者数の上昇の抑制	人工透析(糖尿病レセプト有)者数(40~74歳)		160人	
血圧コントロール不良者の割合の減少	特定健診受診者のうち、血圧がⅡ度高血圧以上の者の割合		5.5%	
脂質コントロール不良者の割合の減少	特定健診受診者のうち、LDL-Cが160mg/dl以上の者の割合		8.5%	
事業名	事業アウトプット		事業アウトカム	
	評価指標	目標値	評価指標	目標値
① 糖尿病予防教室	参加者実人員(糖尿病予防教室)	40人	参加勧奨者の参加率(糖尿病予防教室)	5%
			参加勧奨者の維持・改善状況(HbA1c)(糖尿病予防教室)	40%
② 糖尿病要医療受診勧奨事業	対象者への受診勧奨実施率(糖尿病要医療)	100%	受診勧奨者の受診率(糖尿病要医療)	70%
			糖尿病介入者の改善状況(HbA1c)(糖尿病要医療)	50%
③ 糖尿病治療中断者再受診勧奨事業	対象者への受診勧奨実施率(糖尿病治療中断)	100%	受診勧奨者の受診率(糖尿病治療中断)	70%
			糖尿病介入者の改善状況(HbA1c)(糖尿病治療中断)	20%
④ 慢性腎臓病(CKD)受診勧奨事業	対象者への受診勧奨実施率(CKD)	100%	受診勧奨者の受診率(CKD)	60%
			CKD介入者の改善状況(CKDステージ)(受診勧奨)	75%
⑤ 慢性腎臓病(CKD)予防教室	参加者数(CKD予防教室)	300人	参加勧奨者の参加率(CKD予防教室)	25%
			参加者の悪化状況(CKDステージ)(CKD予防教室)	10%未満

事業名	事業アウトプット		事業アウトカム	
	評価指標	目標値	評価指標	目標値
⑥ 循環器病等重症化予防対策受診勧奨事業	対象者への受診勧奨実施率(循環器病)	100%	受診勧奨者の受診率(循環器病)	40%
⑦ 糖尿病性腎症重症化予防対策事業	参加勧奨発送率(糖尿病性腎症重症化予防)	100%	CKD介入者の改善状況(CKDステージ)(糖尿病性腎症重症化予防)	90%
	過年度参加者に対するフォローアップ通知発送率	100%		
⑧ 高血圧症受診勧奨事業	対象者への受診勧奨実施率(高血圧症)	100%	特定健診受診者のうち、血圧がⅡ度高血圧以上かつ未治療者の割合	1%
⑨ 脂質異常症受診勧奨事業	対象者への受診勧奨実施率(脂質異常症)	100%	特定健診受診者のうち、LDL-Cが [※] 160mg/dl以上かつ未治療者の割合	2.5%

(4) 健康づくり

目標	評価指標		目標値	
健康づくりや介護予防に対する市民の意識の向上及び運動習慣の推進	運動や食生活等の生活習慣を改善するつもりである者の割合		40%	
	特定健診質問票において、運動習慣があると回答した者の割合		35%	
	特定健診質問票において、「日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している」と回答した者の割合		45%	
事業名	事業アウトプット		事業アウトカム	
	評価指標	目標値	評価指標	目標値
① 健康増進及び保険給付費適正化に関する周知啓発活動	周知回数	100回	特定健診において「運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。」の質問に「改善するつもりはない」と回答した人の割合	15%
② ウォーキングマップを活用した健康づくり事業	実施回数(ウォーキング)	29回	参加者数(ウォーキング)	600人
③ 運動推進普及啓発事業	実施回数(運動啓発)	6回	参加者数(運動啓発)	100人
④ 運動習慣獲得のための出前健康教室	実施回数(運動出前教室)	22回	参加者数(運動出前教室)	500人
⑤ 運動教室	参加者数(運動教室)	200人	参加者のうち、運動継続意思のある者の割合(運動教室)	60%

(5) 適正服薬・医療費適正化

目標	評価指標		目標値	
国民健康保険被保険者一人当たりの保険給付費の上昇の抑制	国民健康保険被保険者一人当たりの保険給付費		457,000円	
事業名	事業アウトプット		事業アウトカム	
	評価指標	目標値	評価指標	目標値
① 重複・多剤服薬者対策事業	対象者への通知率(重複・多剤)	100%	重複投与者数(対1万人)	100
			多剤投与者数(対1万人)	25
② ジェネリック医薬品の使用促進事業	対象者への通知率(ジェネリック)	100%	ジェネリック医薬品の使用割合(数量シェア全体)	80%
			ジェネリック医薬品の切替割合	12%
③ 重複・頻回受診対策事業	対象者への通知率(重複・頻回)	100%	重複・頻回受診者数(対1万人)	7

(6) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

目標	評価指標		目標値	
介護・支援を必要としない高齢者の割合の維持	自立高齢者率(介護・支援を必要としない65歳以上の高齢者の割合)		78.8%	
	自立後期高齢者率(介護・支援を必要としない75歳以上の高齢者の割合)		65.4%	
	要支援認定者(サービス利用者)の維持改善率		81%	
	一人当たり骨折(入院・外来)医療費(前期高齢者・後期高齢者)		34,350円	
一人当たりの介護サービス費の上昇の抑制	一人当たりの介護サービス費用額		160,700円	
健康寿命と平均寿命の差の縮小	健康寿命と平均寿命の差(男性)		1.4年	
	健康寿命と平均寿命の差(女性)		3.2年	
事業名	事業アウトプット		事業アウトカム	
	評価指標	目標値	評価指標	目標値
① 要介護者(要支援)認定者のサービス未利用者対策	「介護保険利用のしおり」送付率	100%	サービス未利用者率	13.2%
② 高齢者の居場所におけるフレイル予防講座	居場所におけるフレイル予防講座実施回数	48回	主観的健康感の維持向上率	93.1%
③ 骨粗しょう症予防教室	参加率(骨粗しょう症予防教室)	93%	骨粗しょう症について理解できた人の割合	90%
			自身の食習慣・生活習慣を見直して、改善(維持)しようと思う人の割合	90%
④ 介護予防普及啓発事業	「元気アップ教室」参加者数	420人	週に1回以上、運動をしている者の割合(元気アップ教室)	70%
⑤ 瓦町健康ステーション事業	瓦町健康ステーションにおける「貯筋運動教室」参加者数	120人	週に1回以上、運動をしている者の割合(貯筋運動教室)	70%
⑥ 介護予防ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメント件数(件/月)	5,100件	要支援認定者(サービス利用者)維持改善率	81%

(7) がん対策

目標	評価指標		目標値	
がんの年齢調整罹患率の減少	がん年齢調整罹患率(対10万人)		390.9	
事業名	事業アウトプット		事業アウトカム	
	評価指標	目標値	評価指標	目標値
① がん検診	② がん検診受診率	63.2%	がん年齢調整死亡率(75歳未満)(対10万人)の減少(男性)	65.7%
			がん年齢調整死亡率(75歳未満)(対10万人)の減少(女性)	45.7%

参考資料 香川県標準指標一覧

項番	指標	直近値	目標値
1	特定健診受診率		
	特定健診受診率(%)【本計画(1)、(1)①】	43.9%	60%
	県内順位・全国順位(特定健診受診率)	—	—
	40～64歳受診率(%)	—	—
	65～74歳受診率(%)	—	—
2	特定保健指導実施率		
	特定保健指導実施率(%)【本計画(2)①】	23.5%	60%
	県内順位・全国順位(特定保健指導実施率)	—	—
	40～64歳実施率(%)	—	—
	65～74歳実施率(%)	—	—
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 総計(%)【本計画(2)①】	22.5%	25%
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 男性(%)	—	—
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 女性(%)	—	—
	メタボ該当者(%) ※	—	—
	県内順位・全国順位(メタボ該当者割合)	—	—
	メタボ該当者予備群(%) ※	—	—
	県内順位・全国順位(メタボ該当者予備群割合)	—	—
	※メタボ該当者及び予備群(%)【本計画(2)】	33.6%	30%
3	生活習慣病等重症化予防対策		
	①受診勧奨による受診率		
	受診勧奨者の受診率(糖尿病)(%) ※糖尿病要医療受診勧奨事業【本計画(3)②】	60%	70%
	受診勧奨者の受診率(糖尿病)(%) ※糖尿病治療中断者再受診勧奨事業【本計画(3)③】	31.3%	70%
	受診勧奨者の受診率(歯科)(%)	—	—
	受診勧奨者の受診率(CKD)(%)【本計画(3)④】	43.3%	60%
	受診勧奨者の受診率(循環器病)(%)【本計画(3)⑥】	23.5%	40%
	②介入者の改善率		
	糖尿病介入者の改善状況(HbA1c)(%) ※糖尿病要医療受診勧奨事業【本計画(3)②】	47%	50%
	糖尿病介入者の改善状況(HbA1c)(%) ※糖尿病治療中断者再受診勧奨事業【本計画(3)③】	6.3%	20%
	CKD介入者の改善状況(CKDステージ)(%)【本計画(3)④】	74.3%	75%
	③糖尿病性腎症重症化予防対象者の概数		
	糖尿病性腎症＋受診なし(人)(腎症4期＋腎症3期) ※	—	—
	糖尿病性腎症＋受診あり(人)(腎症4期＋腎症3期＋腎症2期以下) ※	—	—

項番	指標	直近値	目標値
	糖尿病基準該当+受診なし(人)(腎症2期以下+腎症病期不明) ※	—	—
	糖尿病治療中 健診未受診者(人) ※ (当年度に糖尿病(2型糖尿病)に該当するレセプト又は糖尿病性腎症が発生)	—	—
	糖尿病治療中断中 健診未受診者(人) ※	—	—
	※糖尿病性腎症重症化予防対象者数の減少(人)【本計画(3)】	15,706人	15,244人
④HbA1c8.0%以上の者の割合			
	HbA1c8.0%以上の者の割合(40~74歳)(%)【本計画(3)】	1%	0.9%
	HbA1c8.0%以上の者の割合(40~64歳)(%)	—	—
	HbA1c8.0%以上の者の割合(65~74歳)(%)	—	—
⑤人工透析者の状況			
	人工透析者数(総数 合計)(人)	—	—
	被保険者数当たり人工透析発生割合(総数 合計)(%)	—	—
	人工透析(糖尿病レセプト有)者数(総数 合計)(人)【本計画(3)】	187人	160人
	被保険者数当たり人工透析(糖尿病レセプト有)発生割合(総数 合計)(%)	—	—
4	重複・多剤投与者に対する取組		
	重複投与者数(年間平均)(人)	—	—
	重複投与者数(対1万人)(人)【本計画(5)①】	103人	100人
	多剤投与者数(年間平均)(人)	—	—
	多剤投与者数(対1万人)(人)【本計画(5)①】	27人	25人
5	後発医薬品の使用促進の取組		
	後発医薬品の使用割合(金額シェア全体)(%)	—	—
	後発医薬品の切替割合(計)(%)【本計画(5)②】	10.7%	12%
6	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に寄与する取組		
	① 骨折一人当たり医療費(65歳以上)		
	一人当たり骨折(入院・外来)医療費(前期高齢者・後期高齢者)【本計画(6)】	30,475円	34,350円
	②要介護認定の状況と平均自立期間(健康寿命)		
	要介護1号認定率(%)	—	—
	平均自立期間(要介護2以上)(男)(N年度)(年)	—	—
	平均自立期間(要介護2以上)(女)(N年度)(年)	—	—
	平均寿命と平均自立期間(要介護2以上)の差(不健康期間)(男)(N年度)(年) 【本計画(6)】	1.6年	1.4年
	平均寿命と平均自立期間(要介護2以上)の差(不健康期間)(女)(N年度)(年) 【本計画(6)】	3.4年	3.2年

第3期高松市データヘルス計画
(令和6年度～令和11年度)

〒760—8571 高松市番町一丁目8番15号 高松市健康福祉局

【国民健康保険に関すること】	国保・高齢者医療課	(電話：839—2311)
【高齢者に関すること】	長寿福祉課	(電話：839—2346)
【介護保険に関すること】	介護保険課	(電話：839—2326)
【健康づくりに関すること】	健康づくり推進課	(電話：839—2363)
【介護予防に関すること】	地域包括支援センター	(電話：839—2811)

高松市ホームページアドレス <https://www.city.takamatsu.kagawa.jp/>