

八戸市国民健康保険
第3期データヘルス計画
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年3月

八 戸 市

目 次

I 計画の基本方針	1
1 計画の趣旨	1
2 計画の位置付け	2
3 計画の標準化の推進	2
4 計画期間	2
5 計画の実施体制について	3
6 八戸市と関係機関との連携・役割について	3
 II 八戸市の現状と整理	 4
1 被保険者の状況	4
(1) 年齢構成	4
(2) 被保険者（世帯）数の推移	5
2 地域資源の状況	6
3 保健事業の実施状況	6
(1) 第2期データヘルス計画について	6
(2) 第2期データヘルス計画に係る考察	8
 III 医療・健康情報の状況	 21
1 平均寿命、標準化死亡比について	21
2 医療費の状況	21
(1) 年間総額及び1人当たり医療費の推移	21
(2) 1人当たり医療費の比較	22
(3) 診療種別の1人当たり医療費の比較	23
(4) 年代別・男女別の医療機関等受診率・1人当たり診療費の状況	23
(5) 疾病別医療費の状況	24
(6) 重複・頻回等問題受診者の受診状況について	26
3 特定健康診査・特定保健指導等のデータ分析	26
(1) 特定健康診査	26
(2) 国保人間ドックの受診状況	28

(3) 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の状況	28
(4) 各種検査項目の有所見者の分析	30
(5) 質問票項目の分析	33
(6) 特定保健指導の分析	35
(7) 特定保健指導による生活習慣の変化	38
(8) 健診とレセプトデータを組み合わせた分析	38
(9) 介護認定状況及び有病状況の分析	40
IV 健康課題及び計画の目標・目的・戦略	41
1 健康課題について	41
2 計画全体の目的・目標・戦略	41
V 個別保健事業	44
VI 特定健康診査及び特定保健指導【第4期特定健康診査等実施計画】	58
1 目標値の設定	58
2 対象者の見込み	58
3 実施方法	61
4 実施スケジュール	65
VII その他	66
第2期データヘルス計画、第3期特定健康診査等実施計画	
保健事業実績一覧	67

注）本計画の各種グラフ等に記載されている「KDB システム」とは、国民健康保険の保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画作成や実施を支援するため、国民健康保険団体連合会が「健診・保健指導」、「医療」、「介護」の各種データを利活用して、統計情報等を作成するために構築した「国保データベースシステム」のことです。

I 計画の基本方針

1 計画の趣旨

我が国では、平成 20 年 4 月から、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）に基づき、メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病を予防するため、各医療保険者に特定健康診査・特定保健指導の実施が義務付けられ、八戸市国民健康保険（以下「八戸市国保」という。）においても、これまで「第 1 期特定健康診査等実施計画（平成 20 年度～24 年度）」、「第 2 期特定健康診査等実施計画（平成 25 年度～29 年度）」を策定し、その推進に取り組んできました。

一方、平成 25 年 6 月閣議決定の「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）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「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。」とされたことを受け、八戸市国保でも、平成 28 年 3 月に「八戸市国民健康保険データヘルス計画（平成 28 年度～29 年度）」を、平成 30 年 3 月に「特定健康診査等実施計画」と一体的に策定した「第 2 期八戸市国民健康保険データヘルス計画」を策定し、健康・医療情報を活用しながら、効果的かつ効率的な保健事業の実施に努めてきました。

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り、また、令和 2 年 7 月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020（骨太方針 2020）」において、保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和 4 年 12 月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表 2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切な K P I の設定を推進する。」と示されました。

このたび、両計画の計画期間が令和 5 年度をもって終了することから、上記の背景を踏まえた上で、八戸市国保として今後取り組むべき施策を盛り込んだ、「第 3 期データヘルス計画」と「第 4 期特定健康診査等実施計画」を策定することとしました。

2 計画の位置付け

本計画は、上位計画である八戸市総合計画に則して策定し、八戸市民全体の健康の保持増進に関して目標を定めた「八戸市健康増進計画・第2次健康はちのへ21改訂版[平成30年度～令和6年度]」と調和・整合性を図りながら推進していくこととします。

計画名	データヘルス計画 (保健事業の実施計画)	特定健康診査等 実施計画	八戸市健康増進計画
根拠法令等	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	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	健康増進法第8条・第9条
計画策定者	医療保険者	医療保険者	市町村
対象者	八戸市国保の被保険者全体	40～74歳の八戸市国保の被保険者	ライフステージに応じた 八戸市民全体
対象疾患	メタボリックシンドローム 生活習慣病の発症予防 生活習慣病の重症化予防	メタボリックシンドローム 生活習慣病の発症予防	メタボリックシンドローム 生活習慣病
計画期間	令和6年度～令和11年度 【第3期】	令和6年度～令和11年度【第4期】	平成30年度～令和6年度 【第2次(改訂版)】

3 計画の標準化の推進

「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」に基づき、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、青森県においても域内保険者が把握すべき共通の情報の設定や共通の評価指標を設定することとなりました。このことにより、域内保険者が同じ指標で経年的にモニタリングが可能となり、また、他の保険者との比較や自保険者の客観的な状況を把握したりすることができることが期待されます。

このようなことから、八戸市においても青森県の方針を踏まえ、共通の情報及び共通評価指標を設定し、データヘルス計画を運用することとします。

なお、共通評価指標については、「IV 健康情報及び計画の目標・目的・戦略」に示します。

4 計画期間

本計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6か年とします。なお、関連する計画期間は次ページの表のとおりです。

	平成 30 (2018)	...	令和 5 (2023)	令和 6 (2024)	令和 7 (2025)	...	令和 11 (2029)	令和 12 (2030)	...	令和 17 (2035)	令和 18 (2036)
データヘルス 計画	第 2 期データ ヘルス計画 第 3 期特定健康診査 等実施計画			第 3 期データヘルス計画 第 4 期特定健康診査等実施計 画				第 4 期データヘル ス計画 第 5 期特定健康診 査等実施計画			
特定健康診査 等実施計画											
八戸市健康増 進計画	第 2 次健康はちのへ 21 ＜改訂版＞				第 3 次八戸市健康増進計画						

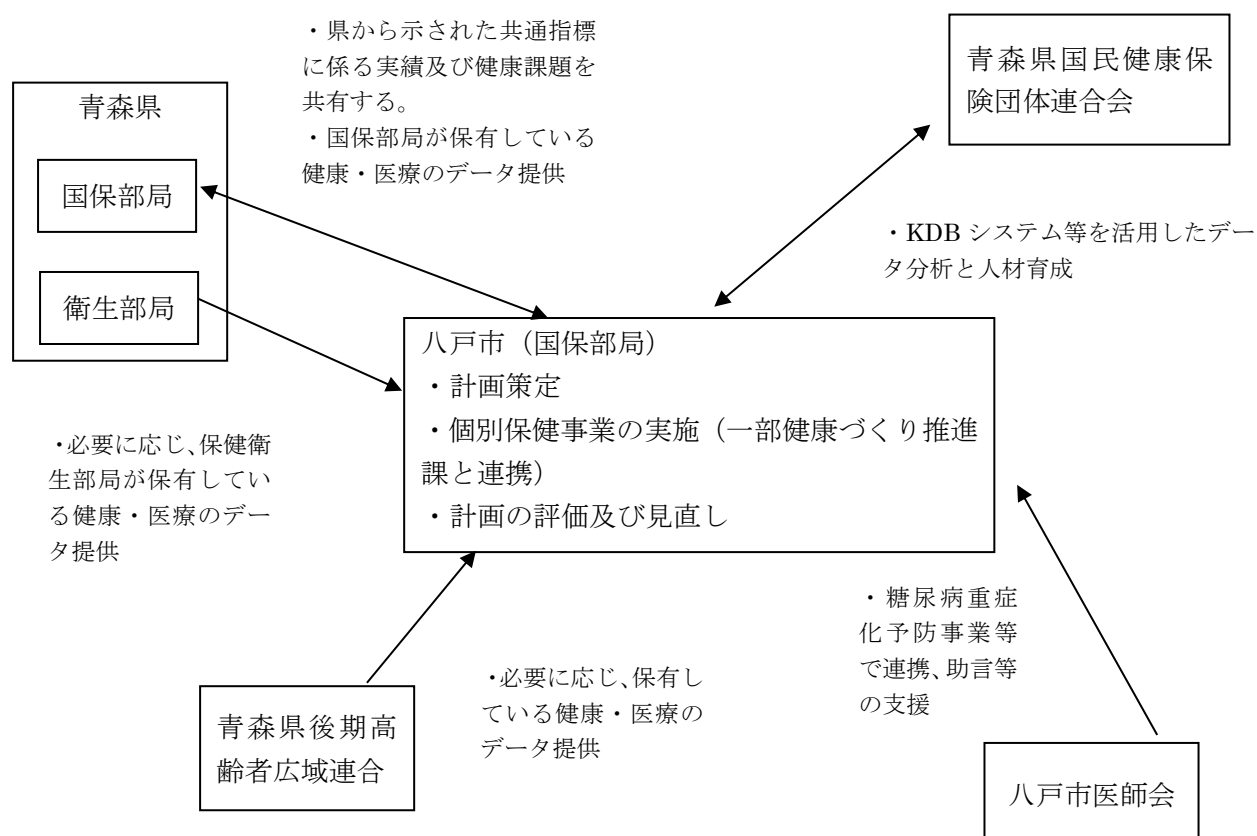
5 計画の実施体制について

計画の策定は国保年金課のほか、健康増進計画と連動する観点から健康づくり推進課の意見を伺い、一部の保健事業は健康づくり推進課と連携しながら事業を進めます。

計画の見直し、評価は健康づくり推進課と情報及び実績を共有し、進めていきます。

6 八戸市と関係機関との連携・役割について

本計画は都道府県レベルで共通の評価指標が設定されることや、計画の実効性をより高めることに鑑み、以下のとおり関係機関との役割や連携体制を構築することとします。



Ⅱ 八戸市の現状と整理

1 被保険者の状況

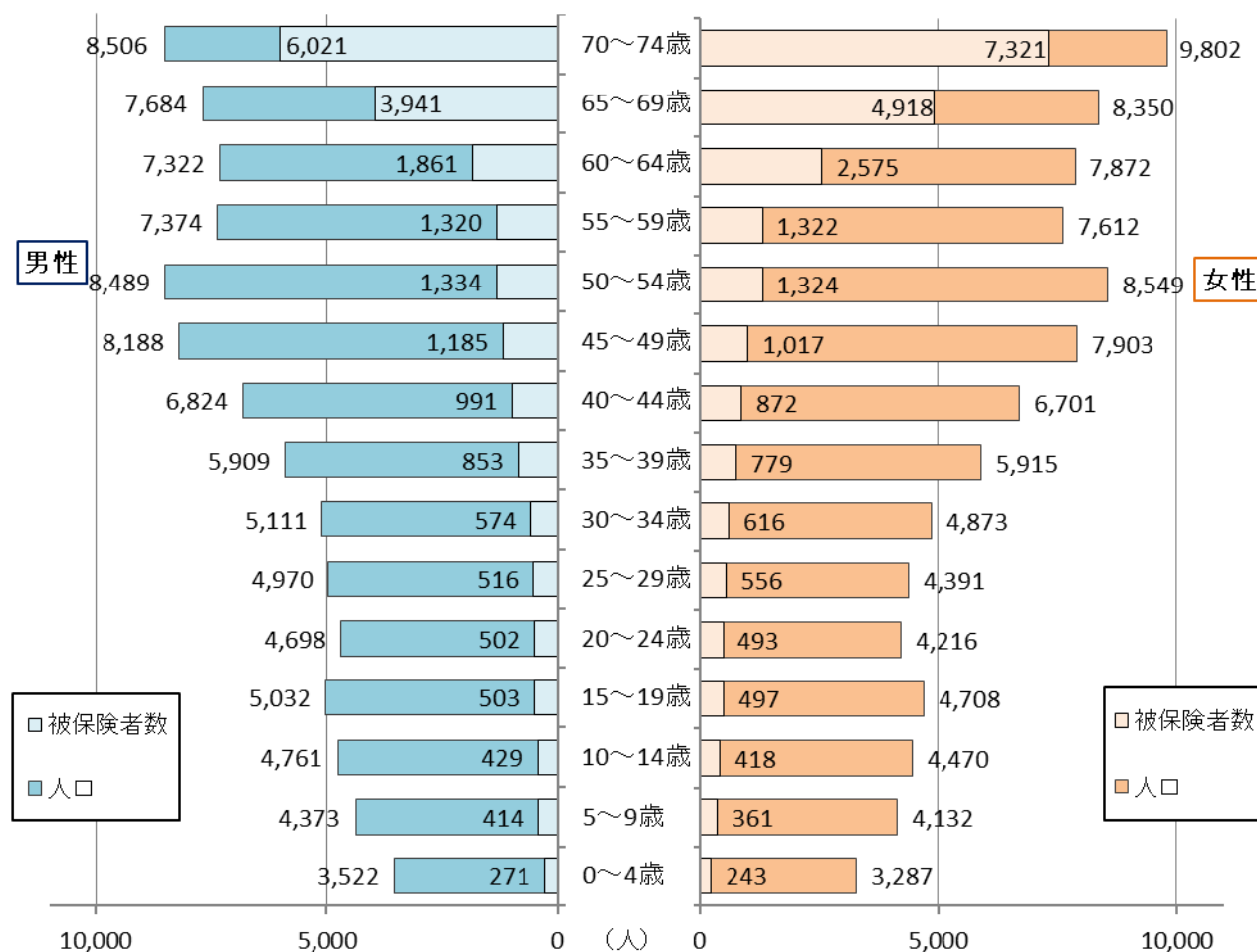
(1) 年齢構成

八戸市の人口は221,463人（令和4年11月30日現在 男性106,266人、女性115,197人）で、そのうち八戸市国保の被保険者数は44,027人（男性20,715人、女性23,312人）、国保加入率は19.9%（男性19.5%、女性20.2%）となっています。

被保険者数を年齢階層別にみると、「70～74歳」が最も多く、次いで「65～69歳」、「60～64歳」の順になっており、60歳以上の被保険者が全体の60.5%（男性57.0%、女性63.5%）を占めています。

60歳以上の被保険者の割合は、5年前の平成29年が57.9%であったことから、被保険者の年齢構成も着実に高年齢化が進んでいます。

八戸市の年齢階層別人口に占める国保被保険者数
（令和4年11月30日現在）



八戸市人口統計表・国保年金課統計資料より

(2) 被保険者（世帯）数の推移

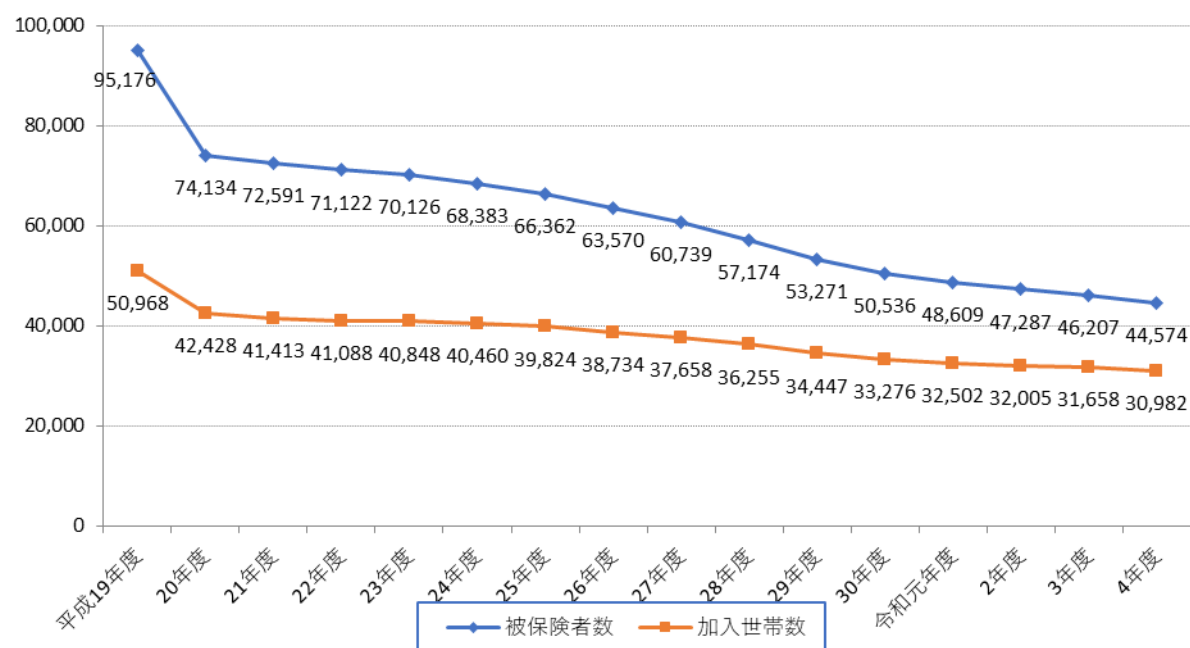
八戸市国保の被保険者（世帯）数は、75歳到達による後期高齢者医療制度への移行や、社会保険の適用拡大（平成28年10月～）、65歳までの定年延長（令和3年4月～）に伴う社保加入者の増加などにより、年々減少しております。

令和4年度の年間平均被保険者数は44,574人で平成28年度（57,174人）の約78%、加入世帯数は30,982世帯で平成28年度（36,255世帯）の約85%まで減少しており、今後も減少傾向が続くものと予想されます。

八戸市国保の被保険者・世帯数の推移

(人、世帯)

(年間平均)



八戸市国保の被保険者の事由別異動状況

(単位: 件)

年度	資格取得件数						資格喪失件数						
	転入	社保離脱	生保廃止	出生	その他	計	転出	社保加入	生保開始	死亡	後期加入	その他	計
24	1,627	8,055	177	303	410	10,572	1,718	6,608	430	449	2,084	654	11,943
25	1,595	7,743	156	268	365	10,127	1,440	7,000	427	427	2,405	572	12,271
26	1,478	7,455	175	277	359	9,744	1,328	7,506	365	435	2,229	623	12,486
27	1,481	7,376	139	237	424	9,657	1,433	7,811	315	439	2,106	508	12,612
28	1,424	6,789	151	196	722	9,282	1,323	7,435	318	383	2,474	631	12,564
29	1,323	7,070	133	182	671	9,379	1,244	8,011	262	412	2,600	1,062	13,591
30	1,559	6,755	147	147	701	9,309	1,181	7,260	243	386	2,434	1,023	12,527
元	1,473	6,730	138	121	742	9,204	1,218	6,078	223	389	2,579	985	11,472
2	1,070	6,500	126	101	448	8,245	824	5,014	204	383	1,880	745	9,050
3	1,064	6,459	109	117	102	7,851	844	4,879	184	389	2,613	371	9,280
4	1,447	6,405	107	80	104	8,143	1,104	5,118	182	411	3,027	319	10,161

※後期離脱はその他に計上 (H24: 1名、H25: 2名、H26: 1名、H27: 3名、H28: 8名、H29: 9名、H30: 14名、R1: 14名、R2: 7名、R3: 8名、R4: 4名)

2 地域資源の状況

医療関係団体として八戸市医師会、八戸歯科医師会、八戸薬剤師会等が活動しており、個別事業実施に当たっては八戸市医師会と連携しています。

3 保健事業の実施状況

(1) 第2期データヘルス計画について

保健事業の推進に当たり、第2期データヘルス計画では八戸市国保が取り組むべき方向性として、以下の4つの柱を掲げ、これらの方向性をもとに各保健事業を実施してきました。

- ① 特定健康診査及び特定保健指導の推進
- ② 生活習慣病の発症予防及び早期発見・重症化予防等の推進
- ③ 医療費適正化の推進
- ④ 健康意識の向上

① 特定健康診査及び特定保健指導の推進	
目 的	特定健康診査受診率や特定保健指導実施率が伸び悩む中、制度の周知を図り、それぞれの必要性・効果等への理解を深めることにより、受診率・実施率の向上を目指し、被保険者の健康の保持増進につなげる。 また、未受診者への受診勧奨に当たっては、年代・性別・過去の受診状況といった勧奨対象者の絞り込み方法等を検討し、受診につながるよう効果的な実施に努める。
短 期 目 標	・ 特定健康診査・特定保健指導の制度理解の促進 ・ 特定健康診査受診率の向上 ・ 特定保健指導実施率の向上
中長期目標	・ メタボリックシンドローム該当者及び予備群者の減少 ・ 医療費の抑制・適正化
取 組 内 容	・ 特定健康診査事業 ・ 特定保健指導事業 ・ 国保人間ドック事業 ・ 特定健康診査・国保人間ドック制度周知事業 ・ 特定健康診査・国保人間ドック受診勧奨事業（ハガキ・電話） ・ 土・日曜日健康診査実施事業 ・ 元気応援！お得一ポン事業

② 生活習慣病の発症予防及び早期発見・重症化予防等の推進	
目 的	特定健康診査の結果から医療機関への受診が必要な者等に対して、看護師や栄養士等による訪問指導により、受診のきっかけづくりや、生活習慣の改善意識を向上させ、生活習慣病の発症予防及び早期発見・重症化予防等を推進する。 また、糖尿病治療の中断者等に特化し、糖尿病性腎症の重症化による人工透析治療への移行を予防するための取組を進めることにより、被保険者の健康の保持増進と医療費の抑制・適正化につなげる。
短 期 目 標	・対象者への指導実施率の向上
中長期目標	・訪問者の適正受診 ・訪問者の数値改善 ・医療費の抑制・適正化
取 組 内 容	・看護師による早期受診・重症化予防のための訪問指導事業 ・栄養士による重症化予防のための訪問指導事業 ・糖尿病重症化予防事業 ・特定健康診査事業（再掲） ・特定保健指導事業（再掲） ・国保人間ドック事業（再掲）

③ 医療費適正化の推進	
目 的	重複・頻回受診者等に対する適正受診やジェネリック医薬品の利用を促進することで、現状、県内で高い水準に位置する1人当たりの医療費を抑制し、医療費適正化の推進を図る。
短 期 目 標	・対象者の指導実施率の向上 ・ジェネリック医薬品の切替率の向上
中長期目標	・訪問者の適正受診 ・ジェネリック医薬品利用率（数量シェア）の向上 ・医療費の抑制・適正化
取 組 内 容	・重複・頻回受診者等に対する適正受診・訪問指導事業 ・ジェネリック医薬品差額通知送付事業 ・特定健康診査事業（再掲） ・特定保健指導事業（再掲） ・国保人間ドック事業（再掲） ・看護師による早期受診・重症化予防のための訪問指導事業（再掲） ・栄養士による重症化予防のための訪問指導事業（再掲）

④ 健康意識の向上	
目 的	健康意識の向上は、客観的に検証することは困難な面があるが、継続して環境づくりに取り組むことにより、被保険者自らの生活習慣に関する意識の向上を図りながら、健康の保持増進につなげる。
短 期 目 標	・健康まつり来場者数の増加 ・健康づくり講座、各地区健康教室の実施回数 ・国保市民保養所宿泊料一部負担事業の利用者増加
中長期目標	・被保険者の健康意識の向上 ・被保険者の健康増進
取 組 内 容	・健康まつり事業 ・市民健康づくり講座事業 ・各地区健康教室事業 ・国保市民保養所宿泊料一部負担事業

(2) 第2期データヘルス計画に係る考察

各種保健事業のうち、ジェネリック医薬品差額通知事業、糖尿病重症化予防事業、看護師による早期受診・重症化予防、健康まつりについては目標を達成できました。

一方で、特定健診に係る事業については新型コロナウイルスの流行の影響もあり、目標を達成することができませんでした。

① 特定健康診査及び特定保健指導の推進

(改善状況／達成度)	
短 期 目 標	・特定健康診査・特定保健指導の制度理解の促進 (評価困難／評価困難)
	・特定健康診査受診率の向上 (横ばい / 未達成)
	・特定保健指導実施率の向上 (横ばい / 未達成)
中 長 期 目 標	・メタボリックシンドローム該当者及び予備群者の減少 (横ばい / 未達成)
	・医療費の抑制・適正化 (評価困難／評価困難)

取組内容（保健事業）

事 業 名	特定健康診査事業
目 的	生活習慣病の早期発見、リスク保持者のスクリーニング、健康情報の取得、個人の健康意識向上
概 要	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき特定健康診査を実施する。
対 象 者	40～74歳の国保加入者
担 当 課	国保年金課
事業内容 実施方法	八戸市と委託契約を結んだ医療機関等の健診実施機関において実施する。

事業名	特定保健指導事業
目的	生活習慣病の発症予防
概要	特定健康診査の結果、生活習慣病の発症リスクが高い人へ、生活習慣を見直すサポートをすることにより、発症を予防する。
対象者	特定健康診査及び国保人間ドック受診者のうち、国の基準に基づく動機付け支援及び積極的支援を必要とする者
担当課	国保年金課
事業内容 実施方法	八戸市と委託契約を結んだ医療機関等の保健指導実施機関において実施する。

事業名	国保人間ドック事業
目的	疾病の早期発見と健康意識の向上
概要	八戸市国民健康保険条例第8条の規定に基づき国保人間ドックを実施する。
対象者	30～74歳の国保加入者
担当課	国保年金課
事業内容 実施方法	八戸市と委託契約を結んだ医療機関等の健診実施機関において実施する。

事業名	特定健康診査・国保人間ドック制度周知事業
目的	周知機会の増による特定健康診査・国保人間ドック受診率向上
概要	国保被保険者証更新時の案内送付等により、特定健康診査及び国保人間ドックについて周知を図る。
対象者	30～74歳の国保加入者
担当課	国保年金課、健康づくり推進課
事業内容 実施方法	・広報はちのへに特集記事を掲載 ・国保被保険者証更新時に「特定健診・国保人間ドックのご案内」を同封 ・国保税収納率向上及び健診受診率向上キャンペーンの実施 ・町内ごとに「健診だより」の配付(健康づくり推進課) ・健康カレンダーの作成・全戸配付(健康づくり推進課) ・保健推進員による周知・受診勧奨(健康づくり推進課) ・広報／デジタルサイネージ ・市営バス／デジタルサイネージ

事業名	特定健康診査・国保人間ドック受診勧奨事業（ハガキ）
目的	周知機会の増による特定健康診査・国保人間ドック受診率向上
概要	特定健康診査未受診者へ、受診を勧奨するハガキを個別に送付する。
対象者	40～74歳の国保加入者のうち特定健康診査未受診者
担当課	国保年金課
事業内容 実施方法	年に1回、発送時点での特定健康診査未受診者に、受診勧奨ハガキを送付する。

事業名	特定健康診査・国保人間ドック受診勧奨事業(電話)
目的	周知機会の増による特定健康診査・国保人間ドック受診率向上
概要	特定健康診査未受診者へ、電話により個別に受診を勧奨する。
対象者	40～74歳の国保加入者のうち特定健康診査未受診者
担当課	国保年金課
事業内容 実施方法	特定健康診査未受診者へ、電話により個別に受診を勧奨する。

事業名	土・日曜日健康診査実施事業
目的	特定健康診査の受診率向上
概要	平日受診できない方の受診機会拡充のため、土・日曜日に特定健康診査及び国保人間ドックを実施する。
対象者	30～74歳の国保加入者
担当課	国保年金課
事業内容 実施方法	八戸市と委託契約を結んだ医療機関等の健診実施機関において特定健康診査及び国保人間ドックを休日に実施する。

事業名	元気応援！お得ーポン事業
目的	特定健康診査の受診率向上、運動習慣やリラックス法など心身の健康維持活動との出会いを応援
概要	特定健康診査及び国保人間ドックの受診者に対し、健康・運動に関わる各種サービスの優待クーポン券を提供する。
対象者	特定健康診査及び国保人間ドックの受診者
担当課	国保年金課(民間事業者と協働実施)
事業内容 実施方法	協働事業者を募集の上、協働事業者が提供する健康・運動に関わる各種サービスの優待クーポン券を全対象者に配付する。

主な指標 (かっこ内は令和5年度の目標値)

ア 特定健診受診率 (60%以上)

30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
32.3%	31.5%	28.1%	28.5%	31.2%

イ 特定保健指導実施率 (60%以上)

30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
40.1%	36.8%	30.8%	29.6%	26.3%

ウ 人間ドック受診率（30％以上）

30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
22.7%	22.4%	20.6%	21.2%	24.0%

エ メタボ及び予備群該当率（15％以下）

30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
22.0%	22.5%	23.6%	23.8%	24.5%

オ 生活習慣病の医療費割合（20％以下）

30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
18.1%	17.2%	17.2%	16.9%	16.2%

カ LDLコレステロール160mg/dl以上の割合（男性6.1％以下、女性7.9％以下）

	30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
男性	8.6%	8.0%	8.8%	9.3%	9.8%
女性	12.3%	11.6%	12.5%	13.5%	13.4%

キ HDLコレステロール40mg/dl以上の割合（男性11.4％以下、女性3.3％以下）

	30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
男性	6.8%	5.7%	4.8%	4.9%	5.3%
女性	1.0%	0.8%	0.7%	0.9%	0.8%

ク HbA1cがNGSP値8.4%以上の者の割合
(男性2.1%以下、女性1.0%以下、全体1.4%以下)

	30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
男性	1.1%	1.3%	1.0%	1.2%	1.1%
女性	0.6%	0.6%	0.8%	0.6%	0.5%
全体	0.8%	0.9%	0.9%	0.9%	0.8%

保健事業の目標と実績

「第2期データヘルス計画、第3期特定健康診査等実施計画保健事業実績一覧」の「(1) 特定健康診査及び特定保健指導の推進」(68ページ)のとおり

評価・課題

電話による特定健診の受診勧奨業務の一部について、令和元年度から八戸市総合健診センターへ委託を開始したところ、電話勧奨による受診率が向上しました。また、令和3年度からハガキによる受診勧奨を外部委託したところ令和3年度から4年度の特定健診受診率は向上しています。

しかし、特定健診受診率全体としては令和2年度からの新型コロナウイルス流行により受診率は減少し、県及び全国平均との差が大きくなっています。受診勧奨の対象者の絞り込みや勧奨内容・時期の工夫など、より効果的な受診勧奨が必要です。

特定保健指導実施率は新型コロナウイルスの流行の影響で減少傾向です。県及び国と比較すると、全国平均を上回っているものの県平均より低い状態が続いています。

メタボリックシンドローム該当者及び予備群者の割合は増加傾向にあり、高齢化や新型コロナウイルスの流行による外出自粛が一因となっていることが考えられます。

② 生活習慣病の発症予防及び早期発見・重症化予防等の推進

(改善状況／達成度)

短期目標	・対象者への指導実施率の向上	(改善 / 達成)
中長期目標	・訪問者の適正受診	(改善 / 達成)
	・訪問者の数値改善	(改善 / 達成)
	・医療費の抑制・適正化	(評価困難／評価困難)

主な指標 (カッコ内は令和5年度の目標値)

○ 対象者への指導実施率の向上

ア 看護師による重症化予防のための訪問指導事業 (100%)

	30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
早期受診勧奨対象者	100%	100%	100%	100%	100%
生活習慣改善指導対象者	98.2%	100%	100%	100%	100%

イ 栄養士による重症化予防のための訪問指導事業 (80%以上)

30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
68.3%	84.6%	100%	100%	100%

ウ 糖尿病重症化予防事業に係る早期受診勧奨実施率 (100%)

	30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
未治療者 (※令和元年度より実施)		100%	100%	100%	100%
治療中断者	100%	100%	100%	100%	100%

○ 訪問者の適正受診

ア 看護師による重症化予防のための訪問指導 (30%以上)

	30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
早期受診勧奨訪問による医療機関受診率	33.4%	34.7%	29.8%	34.8%	30.9%

イ 糖尿病重症化予防事業 (いずれも30%以上)

	30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
早期受診勧奨による精密検査受診率 (※令和元年度より開始)		86.7%	53.8%	57.1%	41.2%
早期受診勧奨による治療再開率	63.6%	59.4%	50.0%	55.6%	9.1%

○ 訪問者の数値改善率

ア 栄養士による重症化予防のための訪問指導事業（30%以下）

	30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
服薬中で受診勧奨域である者の割合	40.3%	21.6%	34.1%	38.4%	38.5%

イ 糖尿病重症化予防事業（20%以上）

	30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
保健指導実施者のHbA1c数値改善率	75.0%	100%	100%	85.7%	保健指導中

取組内容（保健事業）

事業名	看護師による早期受診・重症化予防のための訪問指導事業
目的	医療機関への早期受診促進による生活習慣病の発症・重症化予防、医療費の適正化
概要	特定健康診査及び国保人間ドック受診者のうち医療機関での精密検査・受診が必要と思われる人に対し、早期受診及び生活習慣病の重症化予防について訪問指導する。不在時は勧奨通知を送付。
対象者	・特定健康診査及び国保人間ドック受診者のうち、血圧・脂質・糖代謝が要精密検査と判定されたが医療機関未受診の人 ・特定健康診査及び国保人間ドック受診者のうち、血圧・脂質・糖代謝が要生活習慣改善基準に該当し、服薬が確認できない人
担当課	国保年金課、健康づくり推進課
事業内容 実施方法	訪問指導看護師(国保年金課)、保健指導員(健康づくり推進課)が対象者を訪問し、医療機関での早期受診及び生活習慣病の重症化予防について指導する。不在時は勧奨通知を送付する。

事業名	栄養士による重症化予防のための訪問指導事業
目的	自己コントロールの促進による重症化予防、医療費の適正化
概要	特定健康診査及び国保人間ドック受診者のうち、服薬中でありながら血圧・脂質・糖代謝が要生活習慣改善基準に該当する人等に対して、生活習慣病の重症化予防のための栄養指導・食生活改善指導を行う。不在時は勧奨通知を送付。
対象者	メタボ項目について服薬している特定健康診査及び国保人間ドック受診者のうち、60歳以上の人または50歳代で血圧・脂質・糖代謝が要生活習慣改善基準に該当する人
担当課	国保年金課、健康づくり推進課
事業内容 実施方法	訪問指導栄養士(国保年金課)、保健指導員・栄養士(健康づくり推進課)が対象者を訪問し、生活習慣病の重症化予防のための栄養指導・食生活改善指導を行う。不在時は勧奨通知を送付する。

事業名	糖尿病重症化予防事業
目的	糖尿病性腎症による人工透析への移行予防、医療費の適正化
概要	医療機関での精密検査・治療が必要と思われる人に対し、看護師による早期受診勧奨及び看護師・栄養士による保健指導を実施する。不在時は勧奨通知を送付。
対象者	・特定健康診査及び国保人間ドック受診者のうち、糖代謝が要精密検査と判定されたが、医療機関未受診の人 ・糖尿病の治療を中断している人
担当課	国保年金課、健康づくり推進課
事業内容 実施方法	訪問指導看護師・訪問指導栄養士(国保年金課)、保健指導員・栄養士(健康づくり推進課)が対象者を訪問し、医療機関での早期受診や糖尿病重症化予防について指導する。不在時は勧奨通知を送付する。

事業名	特定健康診査事業(再掲)
	特定保健指導事業(再掲)
	国保人間ドック事業(再掲)

保健事業の目標と実績

「第2期データヘルス計画、第3期特定健康診査等実施計画保健事業実績一覧」の「(2)生活習慣病の発症予防及び早期発見・重症化予防等の推進」(69ページ)のとおり

評価・課題

看護師・栄養士による各訪問指導実施率は、文書による指導を含めて100%となっています。

糖尿病重症化予防事業の早期受診勧奨実施率は、未治療者、治療中断者ともに100%となっています。

平成28年度及び令和4年度の疾病別医療費の割合を比較すると、糖尿病、高血圧症、慢性腎臓病、脂質異常症、その他生活習慣病を合わせた割合は平成28年度の23.7%から20.2%と3.5ポイント減少しており、訪問指導事業が一助となっている可能性が考えられますが、現時点で評価は困難です。

③ 医療費適正化の推進

(改善状況／達成度)

短期目標	・対象者の指導実施率の向上	(改善 / 達成)
	・ジェネリック医薬品の切替率の向上	(改善 / 達成)
中長期目標	・訪問者の適正受診	(改善 / 未達成)
	・ジェネリック医薬品利用率(数量シェア)の向上	(改善 / 達成)
	・医療費の抑制・適正化	(評価困難／評価困難)

主な指標 (カッコ内は令和5年度の目標値)

○ 対象者の指導実施率の向上

重複・頻回の受診者等に対する適正受診の訪問指導事業 (85%)

	30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
重複・頻回の受診者等に対する訪問指導実施率	93.6%	100%	100%	100%	100%

○ ジェネリック医薬品の切替率の向上 (目標値なし)

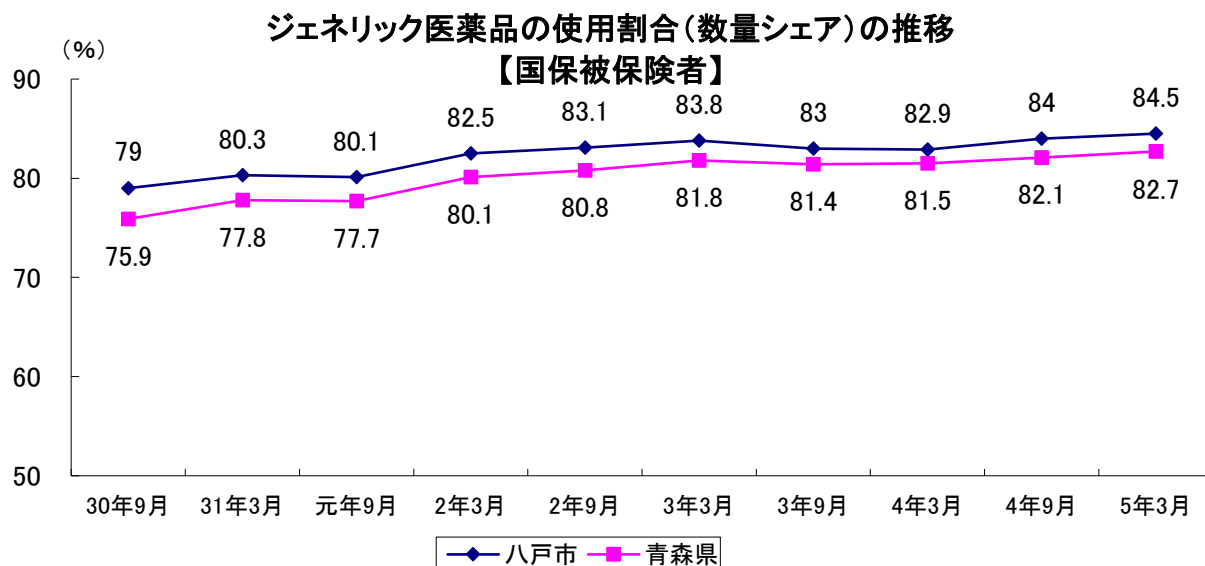
	30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
切替率	17.5%	8.5%	15.2%	14.5%	19.4%

○ 訪問者の適正受診

重複・頻回の受診者等に対する適正受診の訪問指導事業 (60～65%以上)

	30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
訪問者の適正化率	52.1%	36.0%	35.8%	28.7%	41.2%

○ ジェネリック医薬品利用率 (数量シェア) の向上 (80%以上)



厚生労働省ホームページより

保健事業の目標と実績

「第2期データヘルス計画、第3期特定健康診査等実施計画保健事業実績一覧」の「(3) 医療費適正化の推進」(69ページ) のとおり

取組内容（保健事業）

事業名	重複・頻回受診者等に対する適正受診の訪問指導事業
目的	適正受診の促進、被保険者の健康意識向上、医療費の適正化
概要	重複・頻回受診者等に対し、看護師が適正受診を訪問指導する。
対象者	医療機関での重複受診（服薬）、頻回受診、多受診、長期受診の傾向が見られる人
担当課	国保年金課
事業内容 実施方法	国保総合システムの「国民健康保険重複多受診者一覧表」データから抽出した対象者に対して、訪問指導看護師が適正受診を訪問指導する。

事業名	ジェネリック医薬品利用差額通知送付事業
目的	制度周知、ジェネリック医薬品の利用促進、医療費削減
概要	ジェネリック医薬品に切替えた場合の薬剤費の差額を通知して、制度への理解を深めてもらう。
対象者	35歳以上の国保加入者のうち、ジェネリック医薬品への切替えによる薬剤費削減額が一定以上となる人
担当課	国保年金課
事業内容 実施方法	レセプトデータから、ジェネリック医薬品への切替えによる薬剤費軽減効果が一定額以上となる対象者を特定し、通知書を送付する。 ジェネリック医薬品利用差額通知送付の実施を、青森県国民健康保険団体連合会に業務委託する。
事業名	特定健康診査事業（再掲）
	特定保健指導事業（再掲）
	国保人間ドック事業（再掲）
	看護師による早期受診・重症化予防のための訪問指導事業（再掲）
	栄養士による重症化予防のための訪問指導事業（再掲）

評価・課題

重複・頻回の訪問指導実施率は、文書による指導を含めて100%を達成しています。

一方で重複・頻回の訪問指導者の適正化率は減少傾向にあります。精神疾患の重複投薬が増加しており、指導しても応じない等困難な事例も見受けられます。

ジェネリック医薬品の使用割合（数量シェア）は県平均を上回っており、計画目標である80%を達成しています。

④ 健康意識の向上

(改善状況／達成度)

短期目標	- 健康まつり来場者数の増加 (増加 / 達成) - 市民健康づくり講座、各地区健康教室の実施回数 (横ばい / 評価困難) - 八戸市民保養所宿泊料一部負担事業の利用者増加 (低下 / 評価困難)
中長期目標	- 被保険者の健康意識の向上 (評価困難／評価困難) - 被保険者の健康増進 (評価困難／評価困難)

取組内容（保健事業）

事業名	健康まつり事業
目的	健康意識の啓発、正しい健康知識の普及
概要	健康関連の講演会及びブース出展によるイベントを年1回開催する。
対象者	一般市民
担当課	国保年金課
事業内容 実施方法	健康・医療関連団体に出展を依頼する。市も独自ブースを出展する。

事業名	市民健康づくり講座事業
目的	健康意識の啓発、正しい健康知識の普及
概要	医師・歯科医師・薬剤師による講演会を実施する。
対象者	一般市民
担当課	健康づくり推進課
事業内容 実施方法	八戸市医師会・八戸歯科医師会・八戸薬剤師会に講師を依頼して実施する。

事業名	各地区健康教室事業
目的	生活習慣病の予防のため、日常生活の心得、健康増進の方法、食生活のあり方等正しい知識の普及啓発を図る。
概要	成人保健に関する講話
対象者	一般市民
担当課	健康づくり推進課
事業内容 実施方法	市内各地区公民館等で開催する町内健康教育、保健推進員研修会、健康づくり推進協議会等で、保健師・栄養士が成人保健に関する講話を行う。

事業名	国保市民保養所宿泊料一部負担事業
目的	被保険者の健康保持増進を図る
概要	八戸市民保養所洗心荘に宿泊した場合、宿泊料の一部を負担する。
対象者	国保加入者
担当課	国保年金課
事業内容 実施方法	1人年間3泊を限度に、中学生以上は2,000円、4歳から小学生までは1,000円を負担する。

主な指標 (カッコ内は令和5年度の目標値または実績値)

○ 健康まつり来場者数の増加 (5年度実績6,250人)

30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
1,400人	2,000人	(集計無)	367人	1,062人

○ 市民健康づくり講座・各地区健康教室の実施回数
(市民健康づくり講座：年9回程度、各地区健康教室：年90回程度)

	30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
市民健康づくり講座	7回	6回	4回	5回	7回
各地区健康教室	199回	178回	12回	37回	53回

○ 八戸市民保養所宿泊料一部負担事業の利用者増加 (延べ1,300人程度)

30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
817人	759人	383人	369人	393人

○ 被保険者の健康意識の向上 (90%以上) ※各事業の参加者アンケート結果より

	30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
健康まつり来場者	88.2%	90.3%	実施無	実施無	実施無
市民健康づくり講座受講者	89.7%	89.7%	87.1%	88.3%	88.6%
各地区健康教室参加者	96.6%	94.7%	96.0%	96.8%	98.7%

※健康まつりについては2年度以降新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、アンケートの実施や来場者の把握を行っていない時期があった。

保健事業の目標と実績

「第2期データヘルス計画、第3期特定健康診査等実施計画保健事業実績一覧」の「(4)健康意識の向上」(69ページ)のとおり

健康まつりは、台風等の影響や開催会場の変更等により入場者数が変動していますが、例年各種検査・測定系のブースが特に人気があり、市民の関心が高いイベントとなっております。令和2～4年度は新型コロナウイルス感染症の感染状況を考慮し、規模を縮小した健康パネル展となりましたが、令和5年度は講演会などの催しを復活した大規模イベントとして開催し、目標を大幅に上回る延べ6,000人以上が来場しました。

市民健康づくり講座事業及び各地区健康教室事業については、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い実施回数が減少しましたが、令和3年度から増加傾向にあります。

国保市民保養所宿泊料一部負担事業については利用人数が減少傾向にあります。なお、市民保養所は令和6年3月に廃止予定です。

市民健康づくり講座等の参加者アンケートでは、概ね90%以上の参加者が健康意識の向上に役立っていると回答しています。

Ⅲ 医療・健康情報の状況

1 平均寿命、標準化死亡比について

令和4年度の平均寿命について、県平均及び国平均と比較すると男性は市が78.9歳、県が78.7歳、国が80.8歳、女性は市が85.9歳、県が86.0歳、国が87.0歳となっています。（出典：KDBシステム）

平均寿命は男女ともに県と同等ですが、国より低い状況にあります。

令和3年の青森県の標準化死亡比（年齢構成が異なる地域間において死亡状況を比較することが可能になる指標。全国を100とし、100以上の場合は死亡率が高い）と市とを比較すると、市では糖尿病が男女ともに最も高く、次いで男性は高い順に腎不全、脳血管疾患、女性は腎不全、心疾患が高くなっています。

SMR		死亡総数	悪性新生物(総数)	糖尿病	心疾患 (高血圧性を除く)	脳血管疾患	肺炎	肝疾患	腎不全	老衰	不慮の事故	自殺
青森県	男	111.1	110.8	136.4	110.3	113.8	81.8	123.3	130.8	124.4	124.8	114.7
	女	103.4	107.1	128.2	98.2	100.1	70.9	90.0	110.1	115.9	107.2	89.9
八戸市保健所	男	108.1	103.5	147.2	107.1	119.7	72.6	110.2	120.9	94.2	90.6	98.5
	女	100.3	100.7	139.0	104.6	100.6	60.8	87.2	119.6	78.5	97.2	81.1

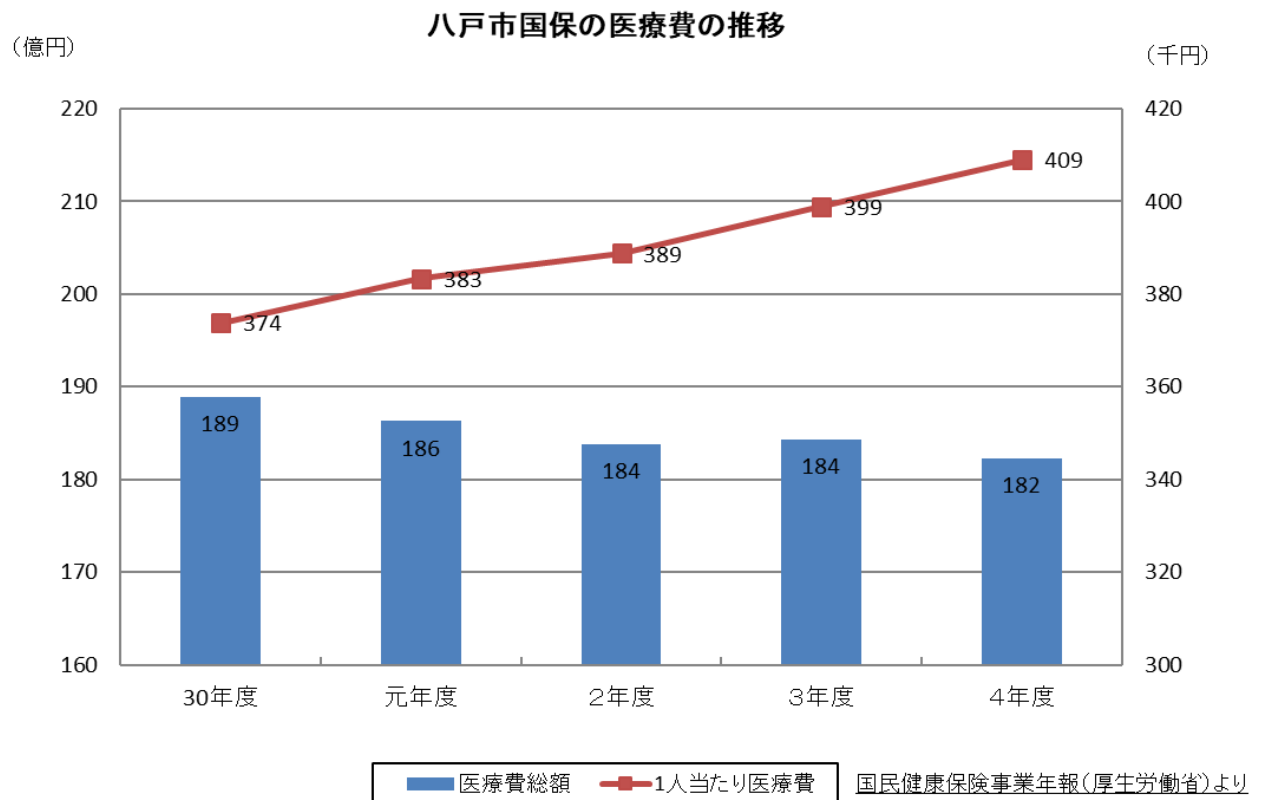
※令和3年青森県保健統計年報より抜粋

2 医療費の状況

(1) 年間総額及び1人当たり医療費の推移

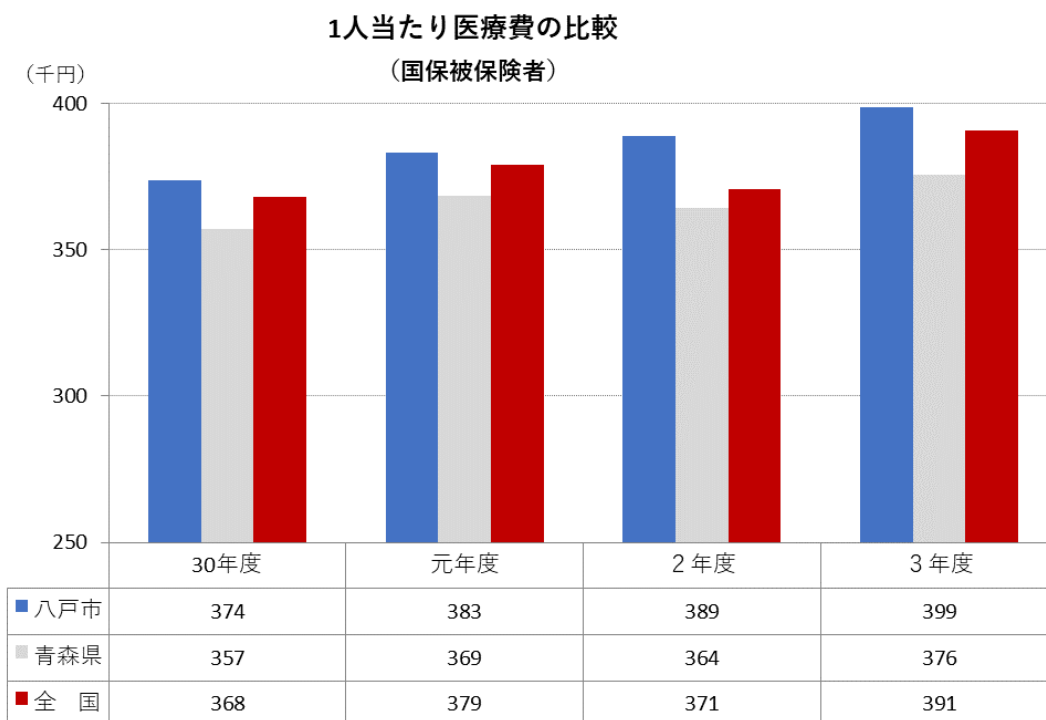
八戸市国保の医療費（被保険者の自己負担分を含む。）の総額は、令和4年度が約182億円となっており、平成30年度と比較し3.7%減少しています。

一方、被保険者1人当たりの医療費は年々増加しており、令和4年度は408,976円と、平成30年度の373,828円と比較し9.4%増加しています。



(2) 1人当たり医療費の比較

平成30年度から令和3年度までの1人当たり医療費の伸び率を青森県、全国と比較すると、いずれの年度も八戸市が上回っており、伸び率も高く推移しています。



国民健康保険事業年報(厚生労働省)より

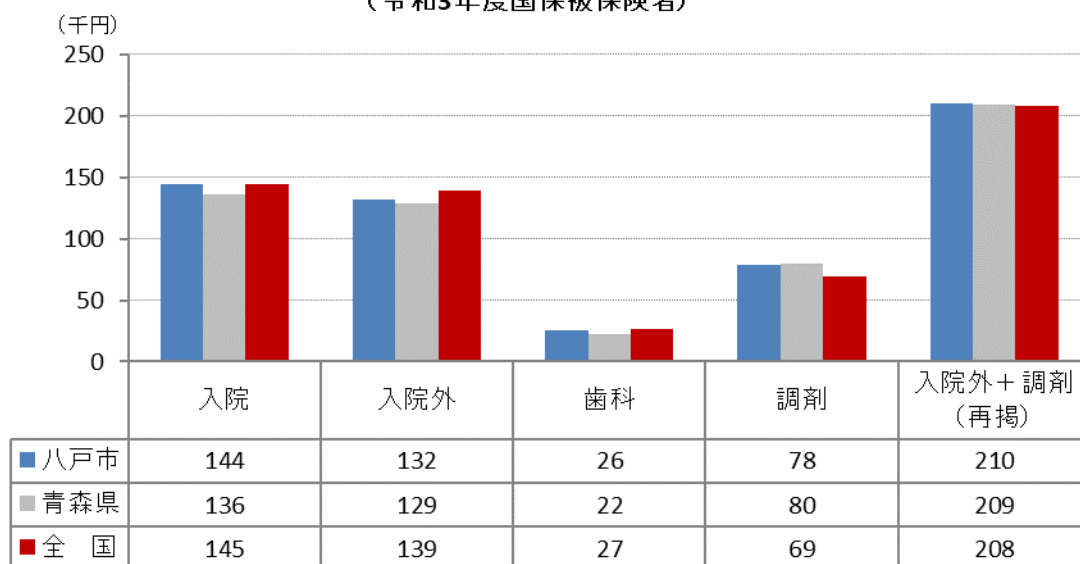
(3) 診療種別の1人当たり医療費の比較

1人当たり医療費を診療種別にみると、八戸市国保は「入院（食事療養等を含む）」及び「歯科」が青森県（国保）を上回り、全国（国保）と同水準となっています。

また、「入院外」は全国（国保）を約7千円下回る一方で、「調剤」は約9千円上回っており、「入院外+調剤」でみると、最も高い水準となります。

診療種別1人当たり医療費の比較

（令和3年度国保被保険者）



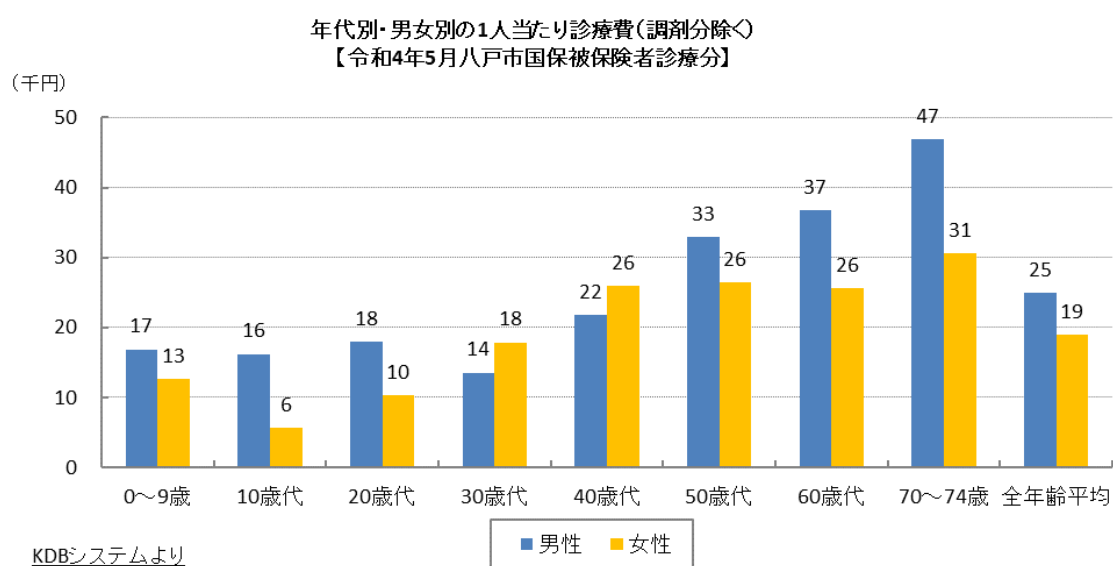
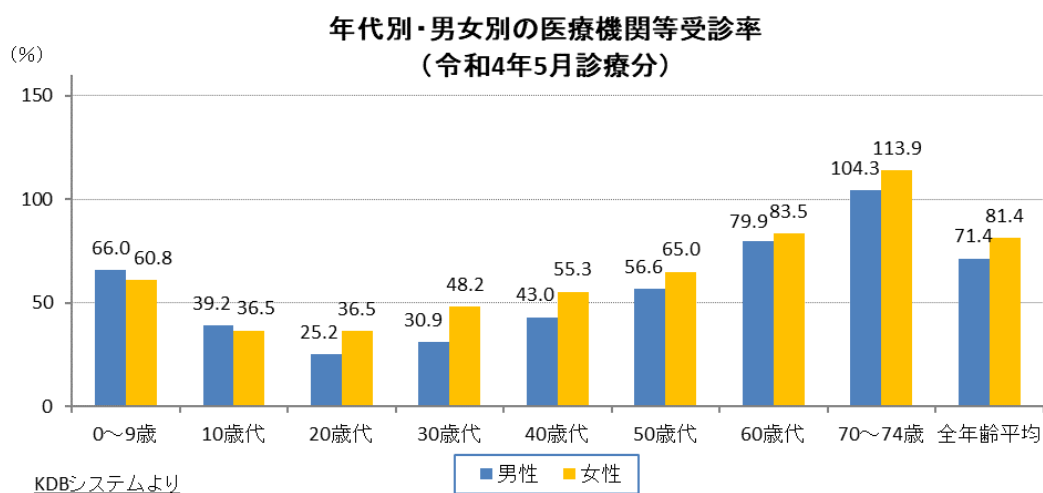
国民健康保険事業年報(厚生労働省)より ※「入院」は食事療養等を含む。

(4) 年代別・男女別の医療機関等受診率・1人当たり診療費の状況

八戸市国保の医療機関等受診率（令和4年5月診療分）を年代別・男女別にみると、男女共に70～74歳が最も高く、次いで60歳代が平均を上回っています。また、20代以降は男性よりも女性の方が上回っています。

八戸市国保の1人当たり診療費（令和4年5月診療分 ※調剤分除く）を年代別・男女別にみると、男女共に70～74歳が最も高く、続く60歳代、50歳代、までが、平均を上回っています。

また、30歳代及び40歳代を除き、男性が女性を上回っており、特に70～74歳は男性が女性の約1.5倍となっています。

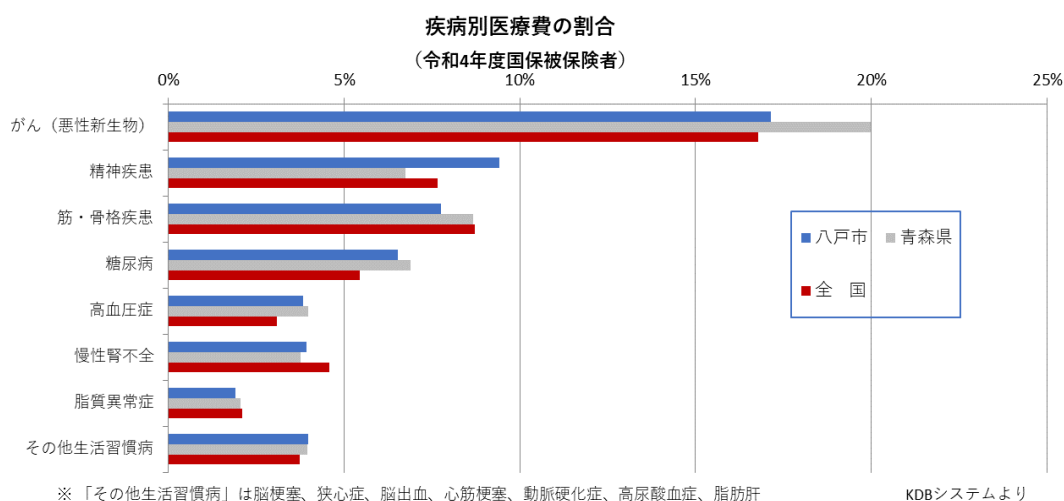


(5) 疾病別医療費の状況

令和4年度の国保被保険者の医療費（調剤分を含む）を疾病別にみると、八戸市、青森県、全国いずれも高い順に、「がん（悪性新生物）」、「精神疾患」、「筋・骨格疾患」、「糖尿病」となっており、八戸市の「精神疾患」の割合（9.4％）は特に高い傾向にあります。

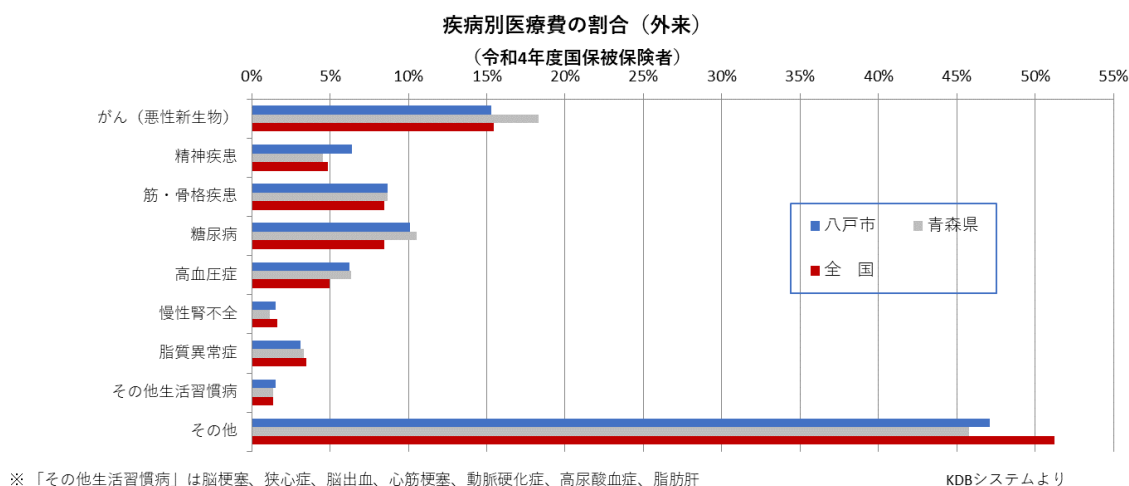
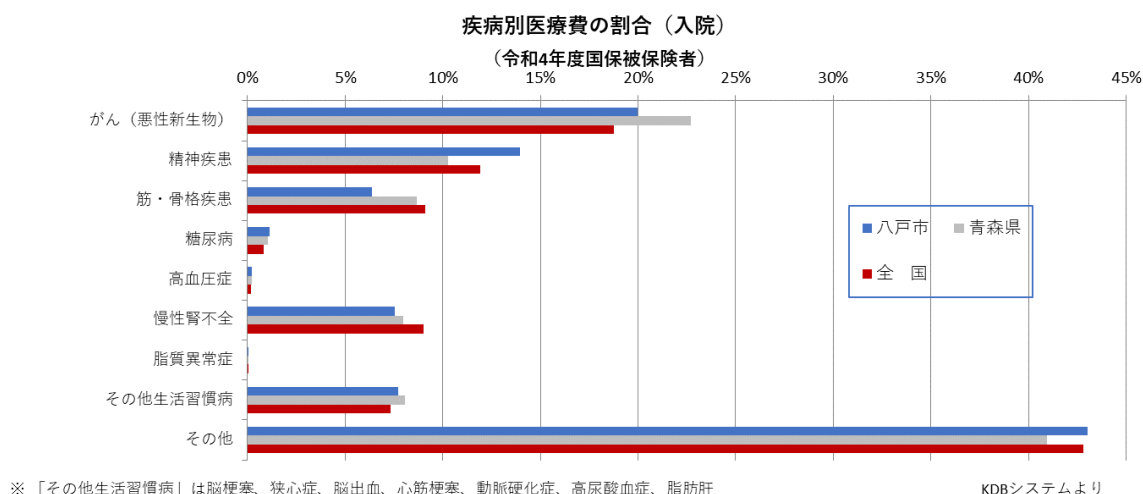
また、代表的な生活習慣病である糖尿病、高血圧症、脂質異常症の合計の割合は、八戸市12.3％、青森県12.9％、全国10.6％となっています。

下記グラフの疾病で全体の約半数強（八戸市55％、青森県56％、全国52％）を占めています。



入院・外来別で医療費（点数）の高い疾病をみると、市では精神疾患が県、国を上回っています。

また、糖尿病が入院、外来ともに県と並んでいますが全国平均より割合が高くなっています。



(6) 重複・頻回等問題受診者の受診状況について

重複・頻回の受診状況について、市ではKDBシステム及び国保総合システムから問題受診の疑いがある者を抽出し、そこから訪問指導の必要がある者を対象としています。この際、医療機関からの紹介や、検査のための受診、専門医受診による重複・多受診・がん・難病・重度障がい・公費負担医療（精神）・人工透析患者については指導の対象外としています。

令和2年度以降は新型コロナウイルスの流行による受診控えの影響もありましたが、国保被保険者に占める問題受診者の割合は30年度の約0.6%から約0.2%に減少しております。

重複・頻回受診等への訪問指導の実施状況

	平成30年度			令和元年度			2年度		
	対象者数	指導実施延べ件数	実施率	対象者数	指導実施延べ件数	実施率	対象者数	指導実施延べ件数	実施率
重複受診	200	186	93.0%	121	121	100.0%	75	75	100.0%
(うち重複処方再掲)	(61)	(59)	96.7%	(77)	(77)	100.0%	(50)	(50)	100.0%
頻回受診	43	42	97.7%	54	54	100.0%	36	36	100.0%
長期受診	54	51	94.4%	21	21	100.0%	16	16	100.0%
多受診	4	3	75.0%	7	7	100.0%	7	7	100.0%
計	301	282	93.7%	203	203	100.0%	134	134	100.0%
国保加入者数	50,536			48,609			47,287		
国保加入者数に占める問題受診者の割合	0.60%			0.42%			0.28%		

(単位:人、件)

	3年度			4年度		
	対象者数	指導実施延べ件数	実施率	対象者数	指導実施延べ件数	実施率
重複受診	114	114	100.0%	59	59	100.0%
(うち重複処方再掲)	(68)	(68)	100.0%	(44)	(44)	100.0%
頻回受診	48	48	100.0%	28	28	100.0%
長期受診	18	18	100.0%	5	5	100.0%
多受診	8	8	100.0%	10	10	100.0%
計	188	188	100.0%	102	102	100.0%
国保加入者数	46,207			44,574		
国保加入者数に占める問題受診者の割合	0.41%			0.23%		

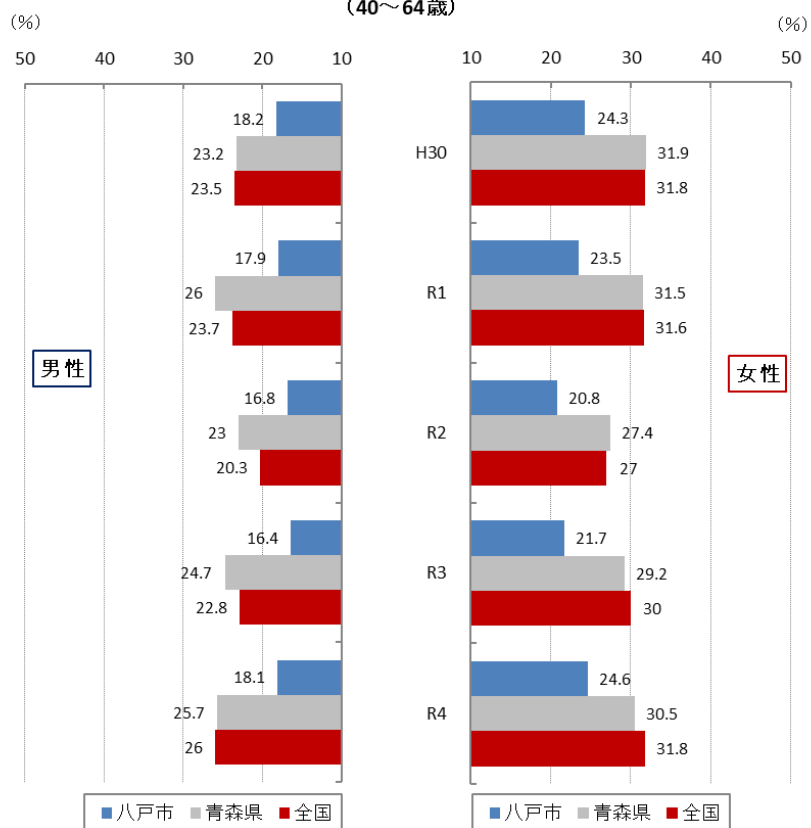
3 特定健康診査・特定保健指導等のデータ分析

(1) 特定健康診査

平成30年度から令和4年度までの性・年齢階層別（40～64歳及び65～74歳）の特定健康診査受診率をみるといずれの年度においても男女別、年齢階層を問わず、県及び全国の実受診率を下回っている状況です。

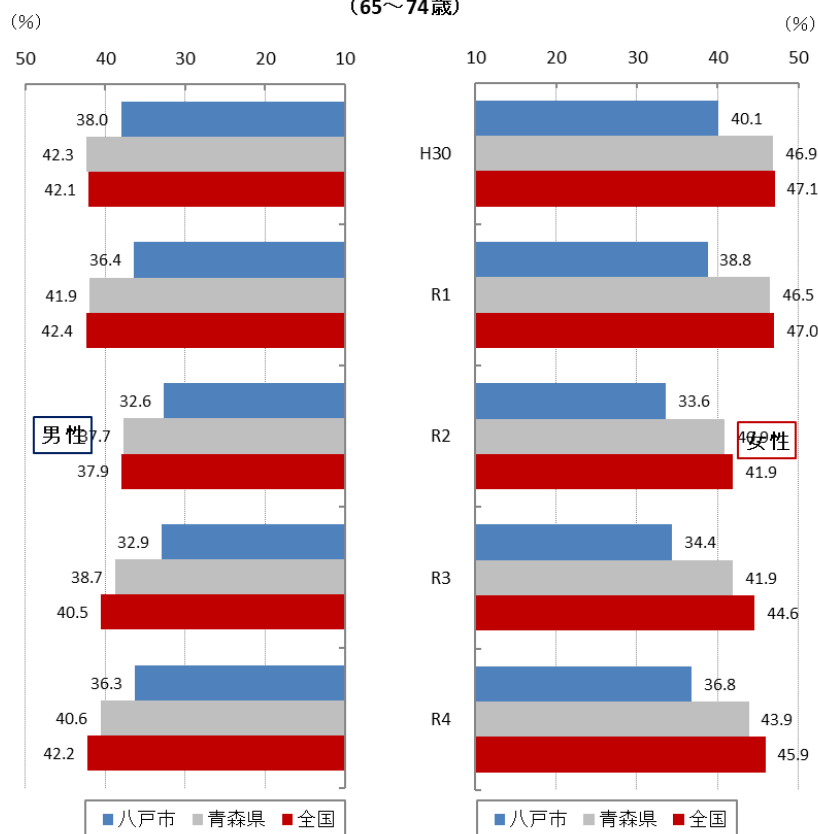
また、全国的に65～74歳の受診率が40～64歳の受診率を上回っております。

年齢階層別・男女別の特定健康診査受診率
(40～64歳)



KDBシステムより

年齢階層別・男女別の特定健康診査受診率
(65～74歳)



KDBシステムより

(2) 国保人間ドックの受診状況

八戸市国保では、30歳以上の被保険者を対象に特定健康診査項目にがん検診等を組み合わせた国保人間ドックを実施しており、40歳以上のドック受診者は特定健康診査を受診したことになります。

国保人間ドックの受診者数は新型コロナウイルスの流行の影響もあり、令和2年度から減少したものの、令和4年度は上昇しております。対象となる30歳以上の被保険者数が減少しているため、受診者数は減少しておりますが受診率は微増傾向にあります。

八戸市国保人間ドック受診者数の推移

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
30～39歳	183	154	136	120	133
40～69歳	5,587	5,090	4,125	4,075	4,425
70～74歳	3,927	4,036	4,156	4,271	4,579
受診者数計 A	9,697	9,280	8,417	8,466	9,137
30歳以上 被保険者数 B	42,709	41,443	40,948	39,852	38,024
受診率 A/B	22.7%	22.4%	20.6%	21.2%	24.0%

※ 30歳以上被保険者数は各年度3月31日現在の人数

(3) 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の状況

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者及び予備群該当者を見ると、該当者の割合は増加傾向にあり、予備群は減少傾向にあります。

特に令和2年度から上昇幅が大きく、新型コロナウイルスによる外出自粛等が一因となっている可能性があります。

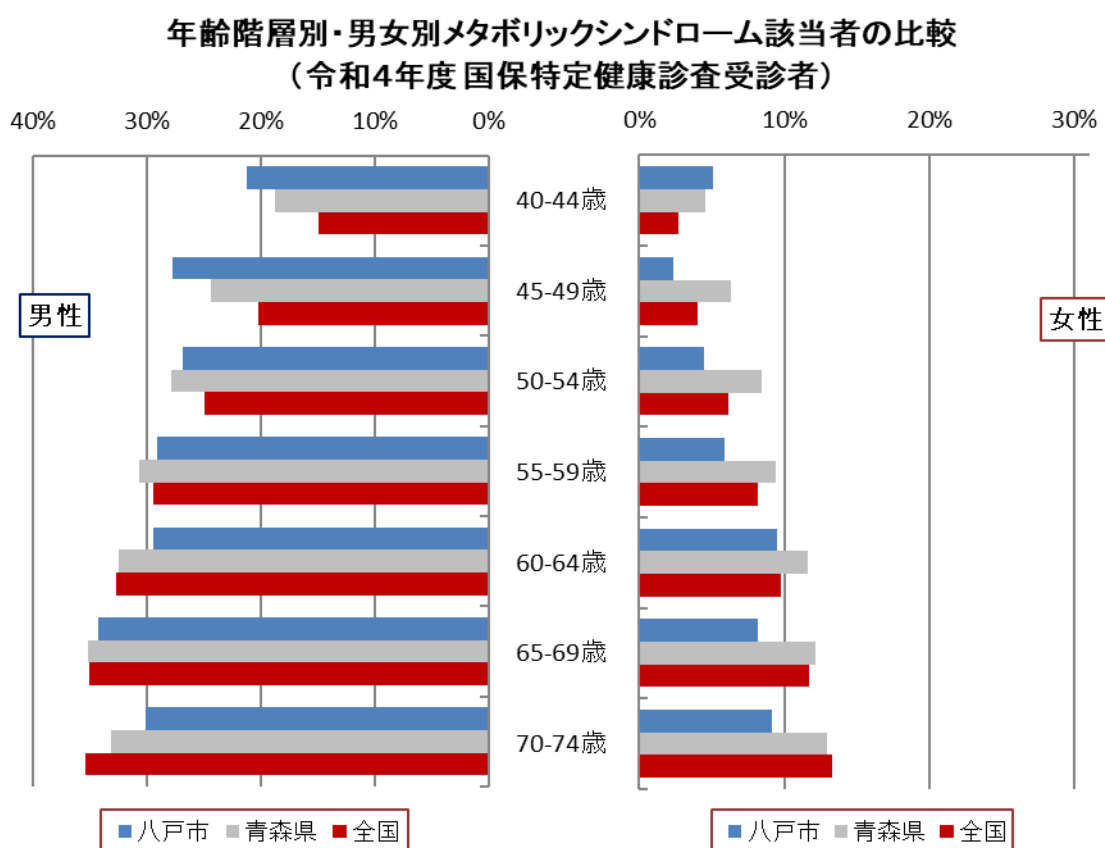
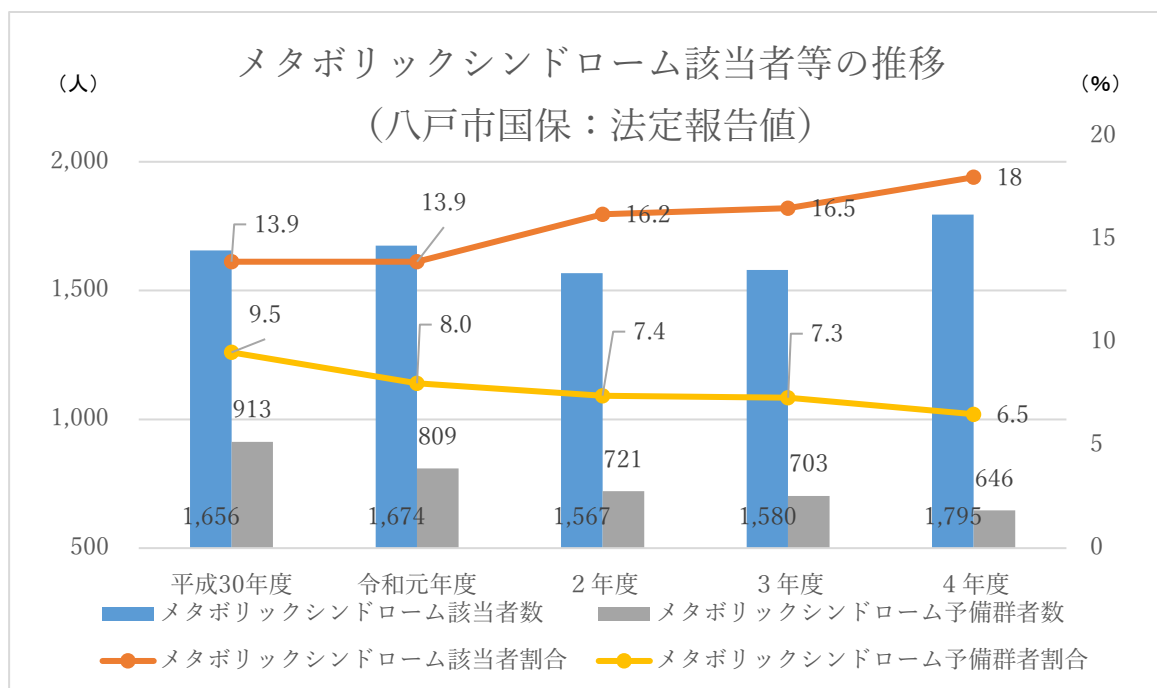
また、男女別・年齢階層別に県及び国と比較すると、八戸市は40代男性を除き、県と比べて概ね同程度か低い傾向にあります。また、国平均と比較すると40代、50代の男性については国平均を概ね上回っている状況です。

なお、メタボリックシンドローム及び予備群の基準は下表のとおりです。

内臓脂肪型肥満 <腹囲>	追加リスク（※） ①血糖 ②脂質 ③血圧	判 定 区 分
85cm以上（男性）	3つのうち2つ以上該当	メタボリックシンドローム該当者
90cm以上（女性）	3つのうち1つ該当	メタボリックシンドローム予備群者

※ 追加リスクの該当基準

- ① 血糖 空腹時血糖 110 mg/dℓ以上
- ② 脂質 中性脂肪 150 mg/dℓ以上、HDL コレステロール 40 mg/dℓ未満（両方又はいずれか）
- ③ 血圧 収縮期血圧 130 mm Hg 以上、拡張期血圧 85 mm Hg 以上（両方又はいずれか）



KDBシステムより

(4) 各種検査項目の有所見者の分析

健診受診者に占める各種検査項目の有所見者の比率を県及び国と比較すると、尿酸値、空腹時血糖及びHbA1cの有所見率が県、国を大きく上回っております。

一方で、その他の項目については概ね県と同程度か低くなっています。

HbA1cが6.5%以上であると、糖尿病が強く疑われるとされており、8.0%以上であると糖尿病の合併症（腎症、網膜症、神経障害）が進行しやすくなるとされています。

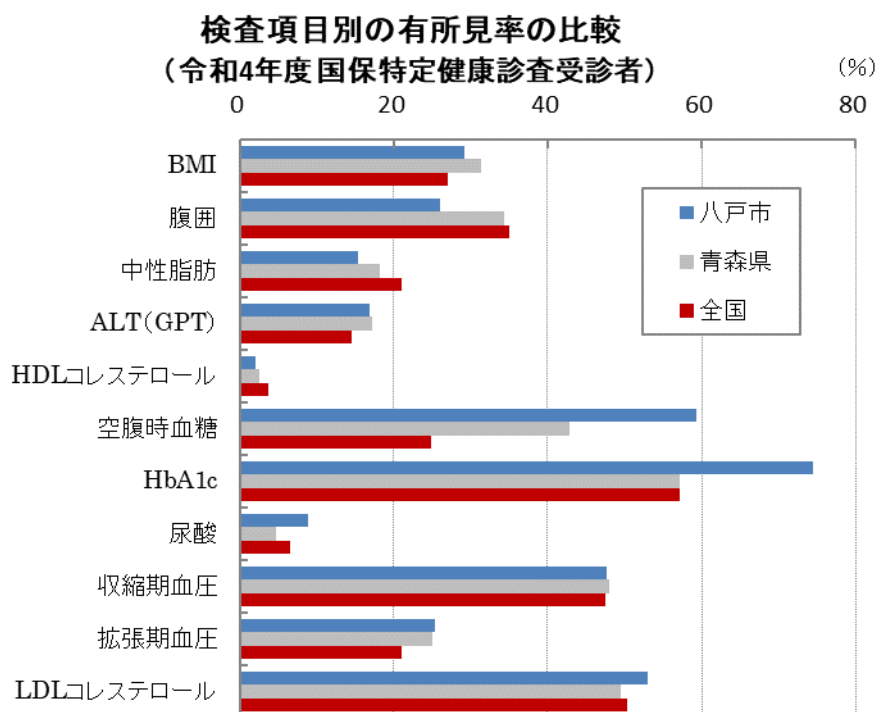
健診受診者のうちHbA1cが6.5%以上の者の割合は平成30年度の40～64歳は7.1%、65～74歳は12.4%でしたが、4年度にはそれぞれ8.0%、15.5%といずれの年代も増加傾向にあります。

また、8.0%以上の者についてはいずれの年代もおおむね1.3%～1.7%と横ばいの傾向にあります。

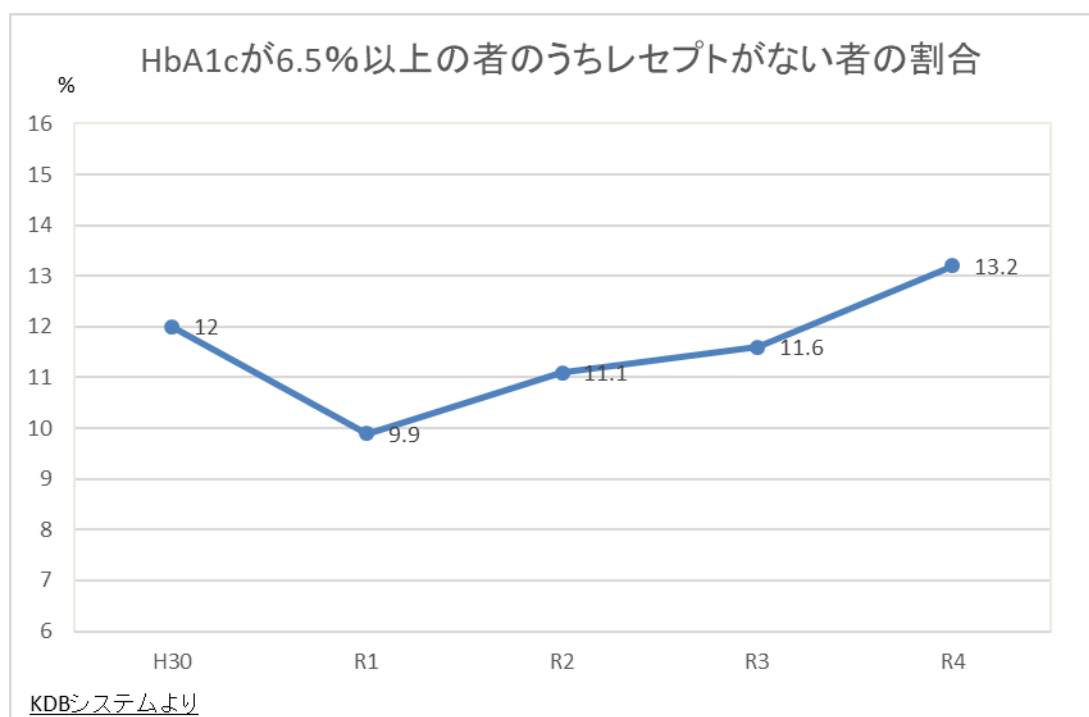
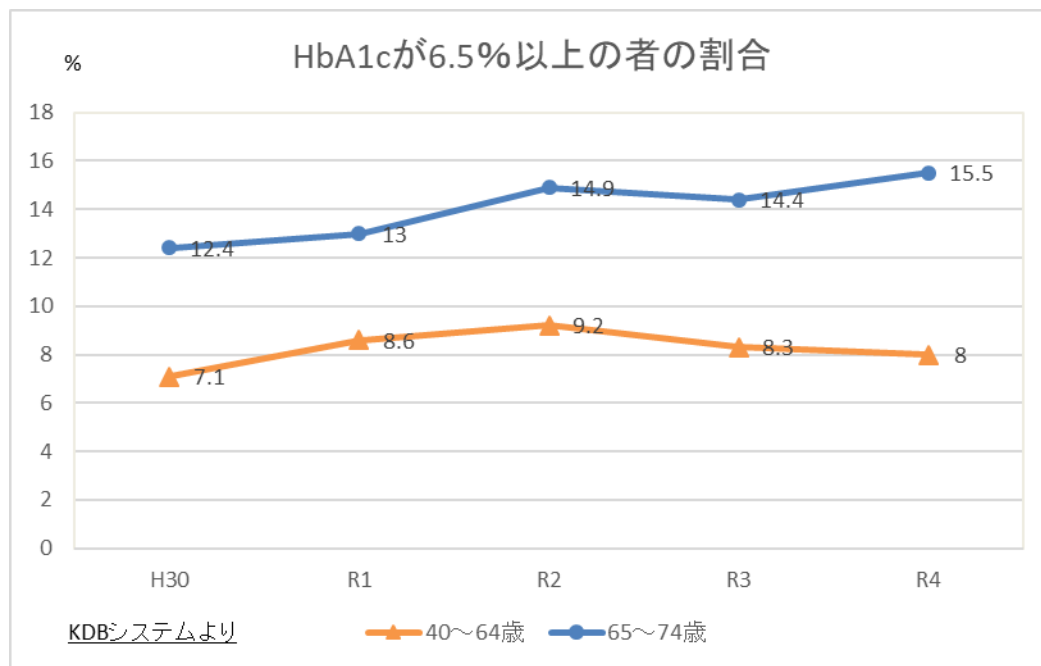
HbA1cが6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合は4年度13.2%（179人）です。

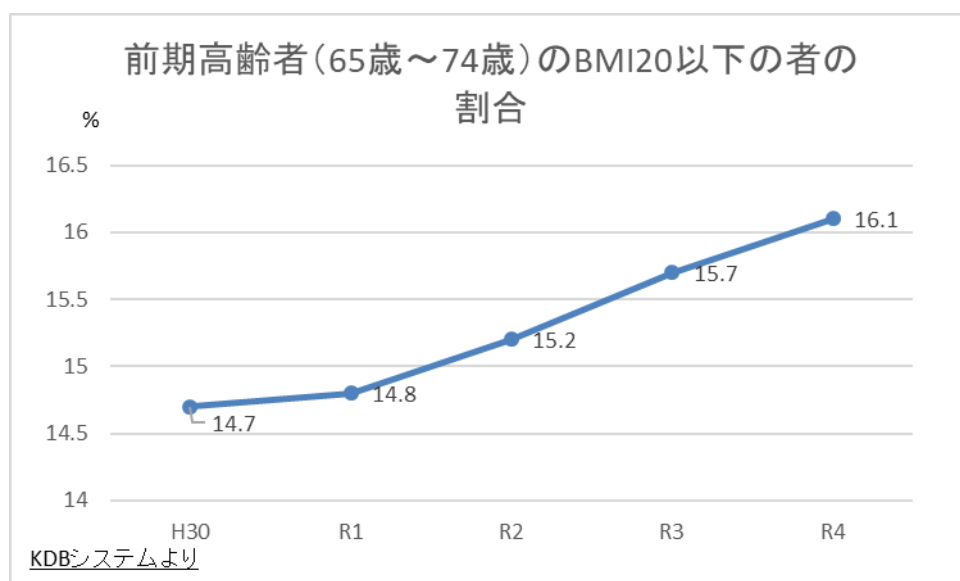
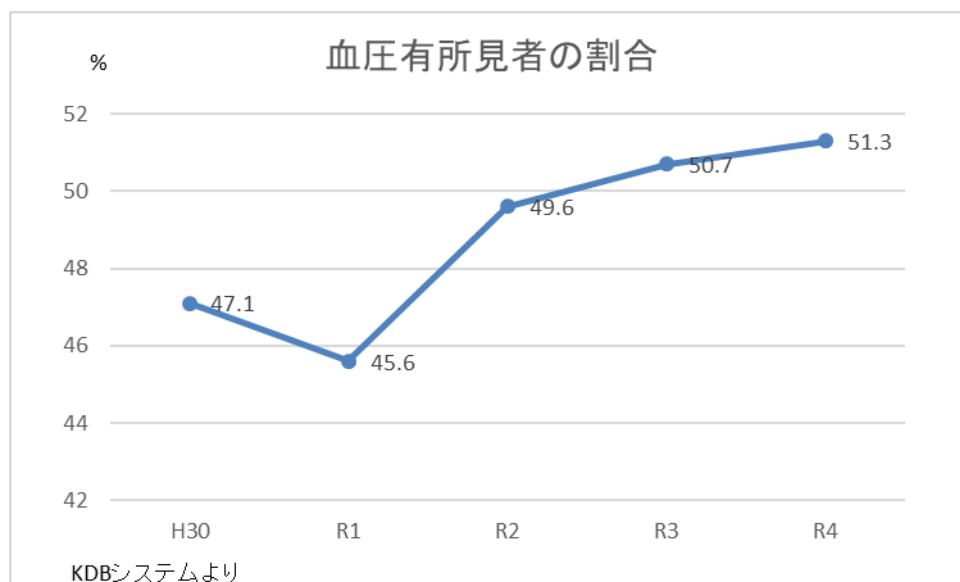
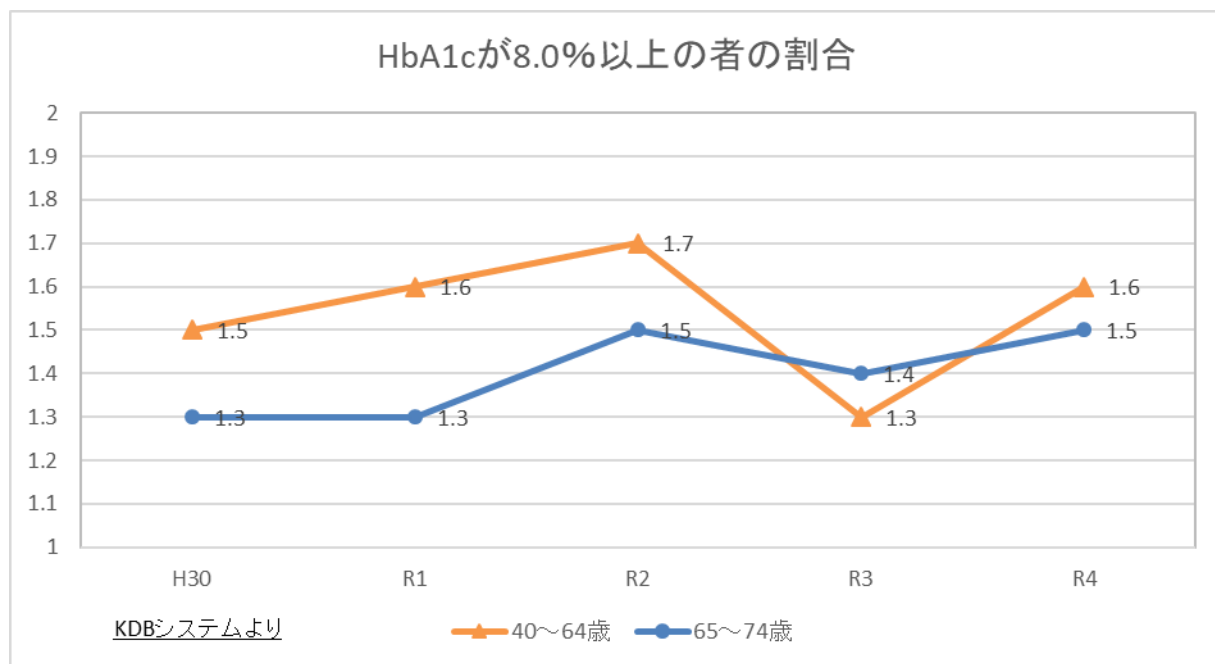
血圧の有所見率について、県及び国と比較すると県と同程度であるものの、有所見者の割合は令和2年度から増加しており、その後も上昇傾向にあります。

ところで、市の健診受診者のうちBMIが20以下の者の割合を見ると、年々増加傾向にあります。BMIが20以下であるとフレイル（加齢に伴う心身の活力低下、介護状態の一手手前のこと。）等の指標の一つとなりますが、国保加入者においても増加傾向にあります。



KDBシステムより





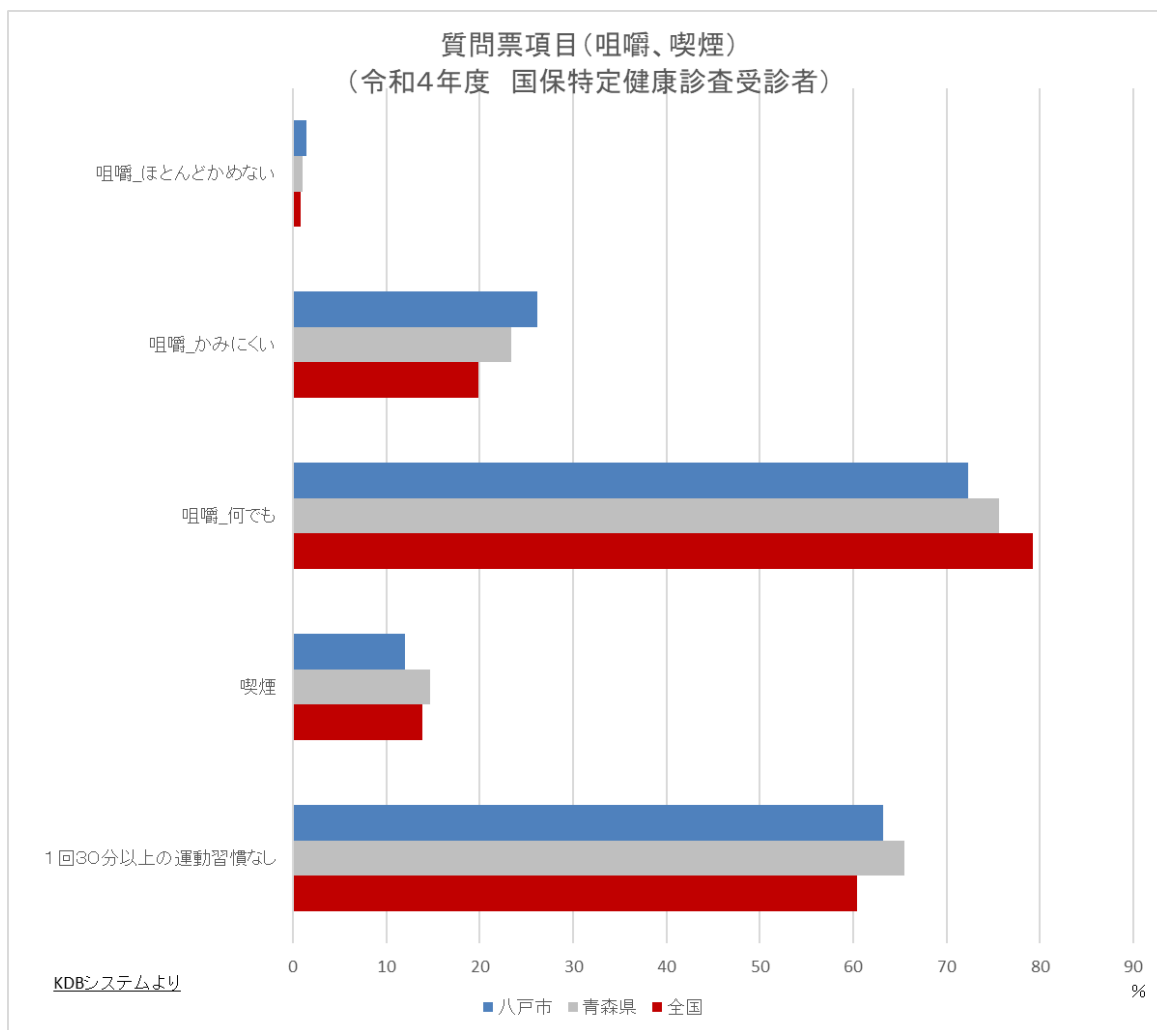
(5) 質問票項目の分析

質問票項目について県、国と比較すると、咀嚼の項目で「かみにくい」あるいは「ほとんどかめない」者の割合が国、県を上回っております。

一方で喫煙については国、県を下回っております。

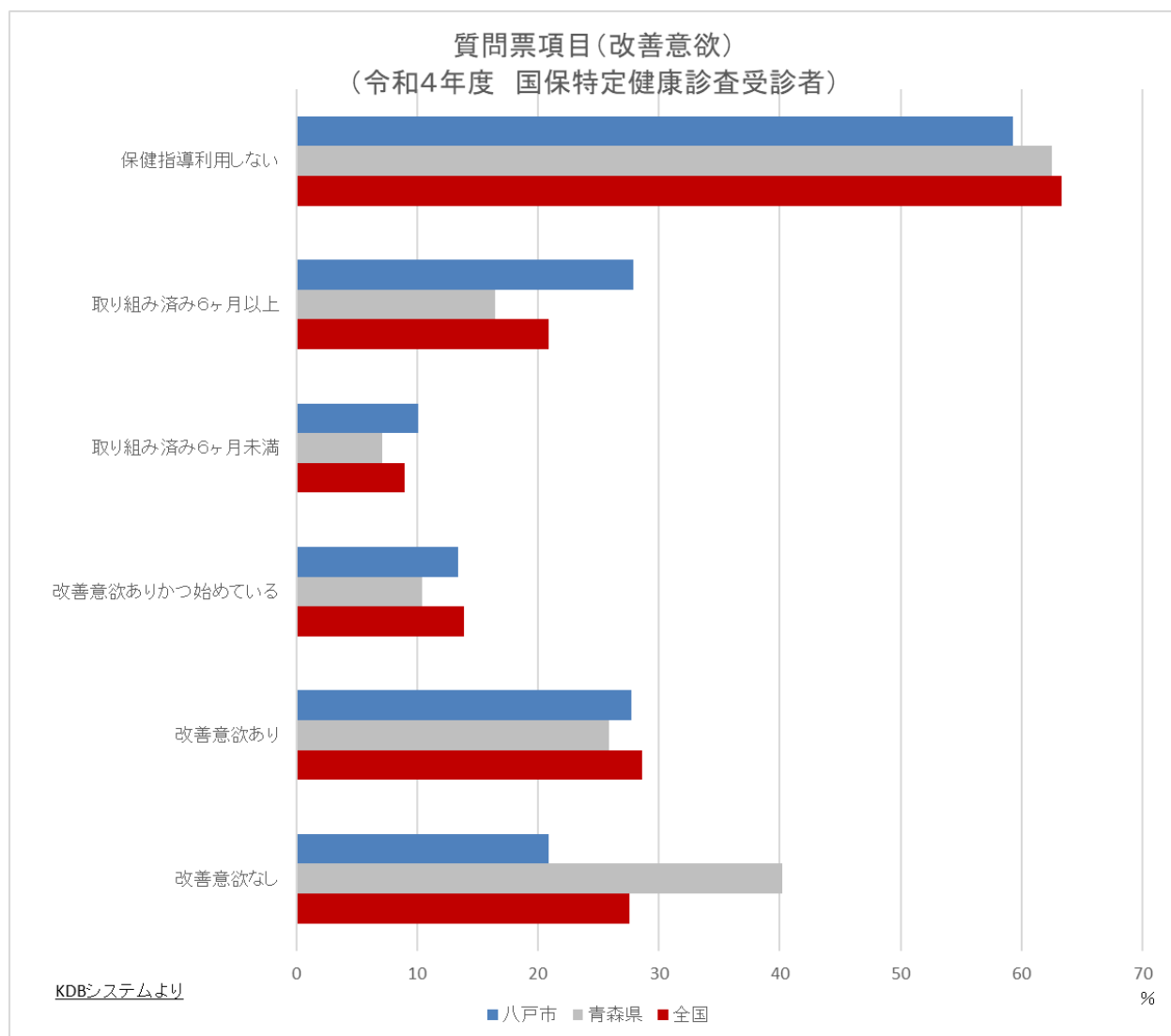
運動習慣がない者の割合については国と同程度です。

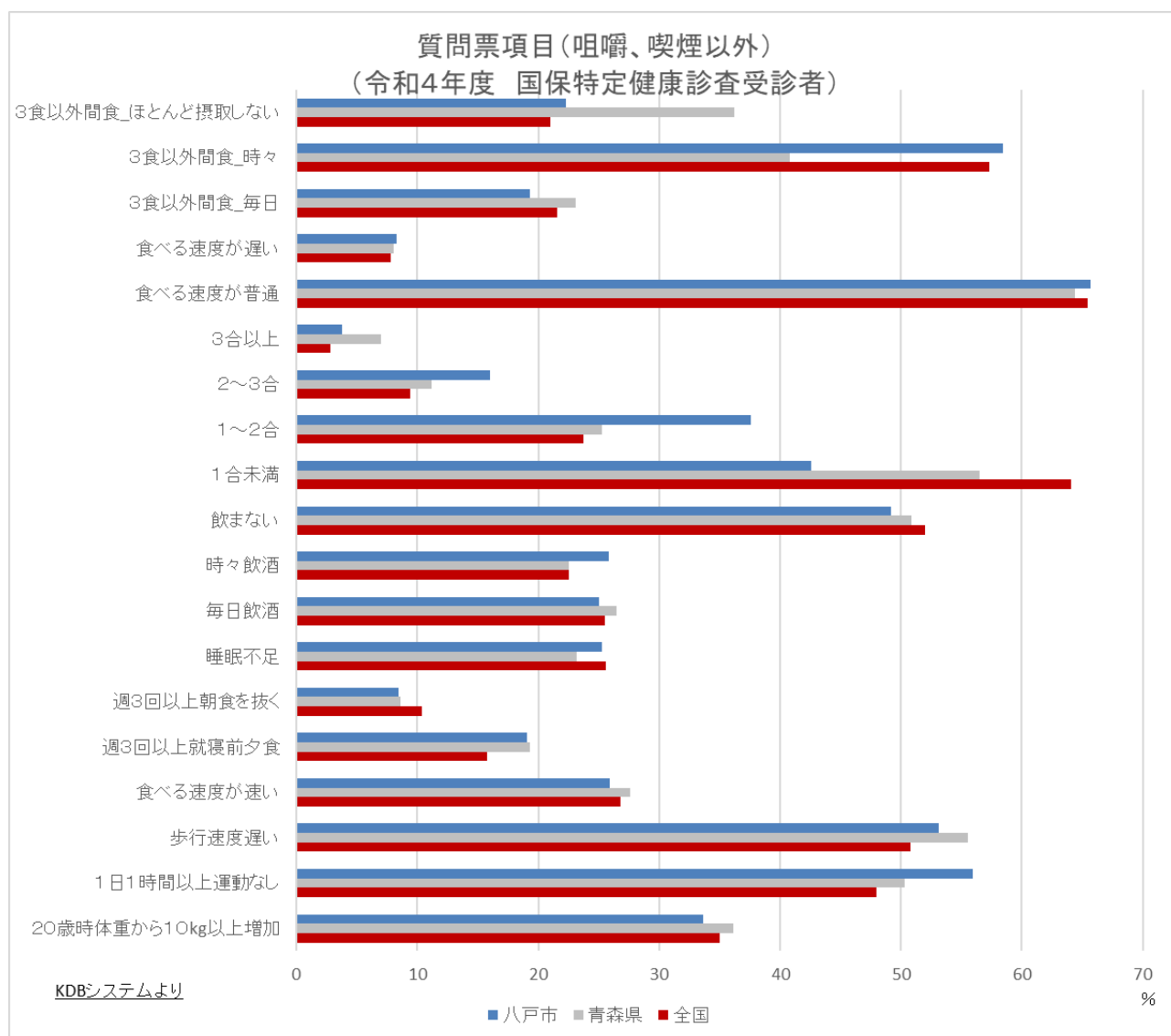
なお、上記の指標は青森県内の全市町村における共通指標となります。



「運動や食生活の改善意欲はあるか」について、「ない」と回答した者の割合は県、国と比べてかなり低く、改善意欲が高いことがいえます。

その他の質問票項目については以下のとおりです。

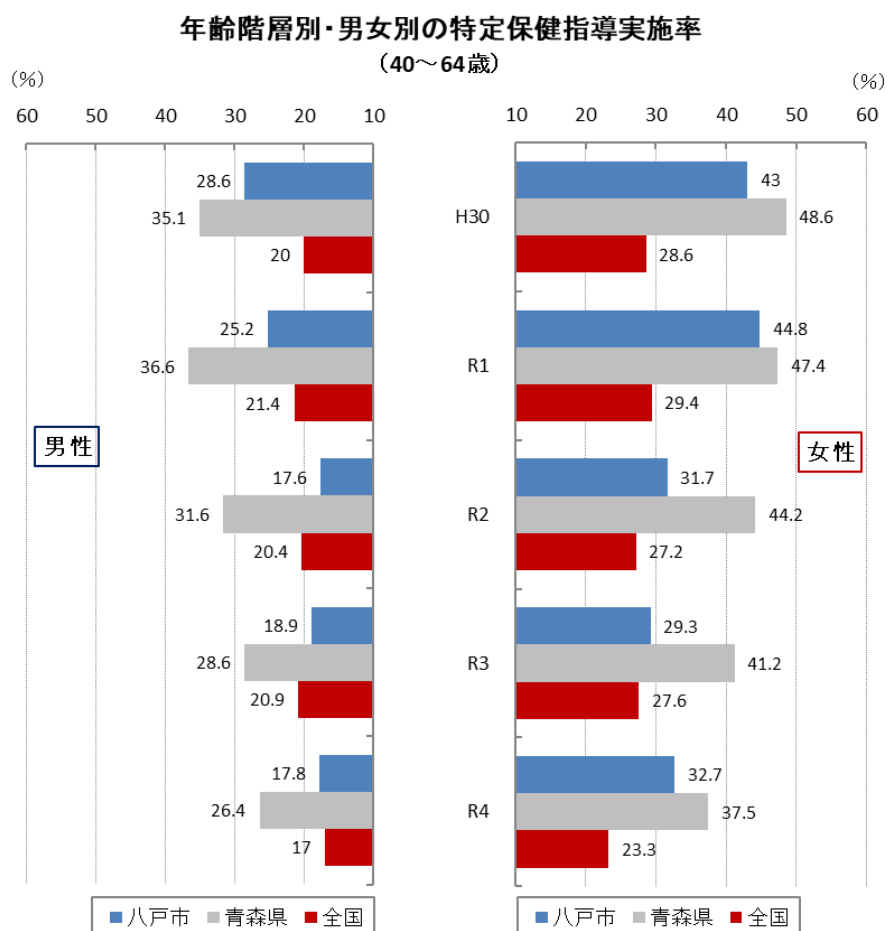
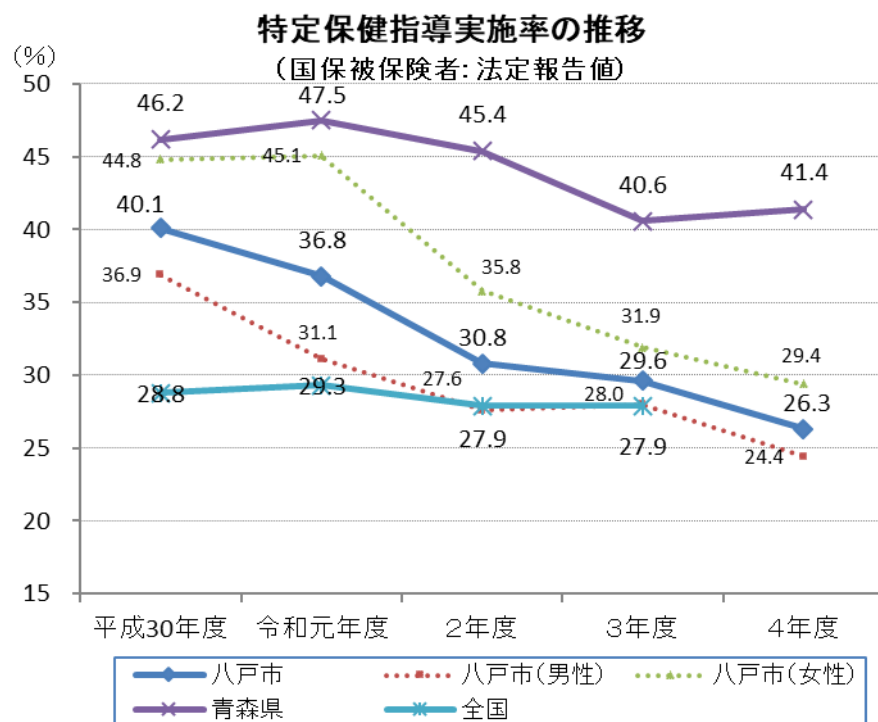




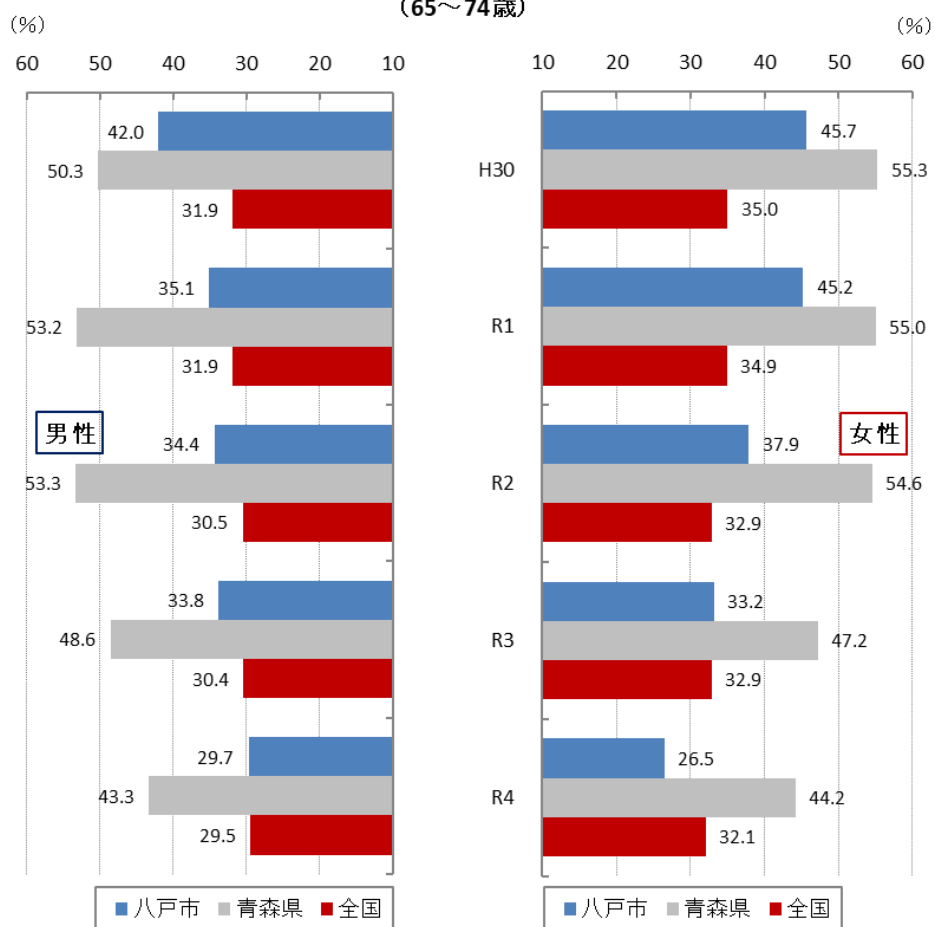
(6) 特定保健指導の分析

特定保健指導実施率について、国及び県と比較すると県を下回っていますが、全国を上回っています。しかしながら、年々全国と市との実施率の差が縮小しています。

年代ごとにみると40～64歳は概ね県を下回り、全国を上回っています。一方で65～74歳は県及び国を下回っています。



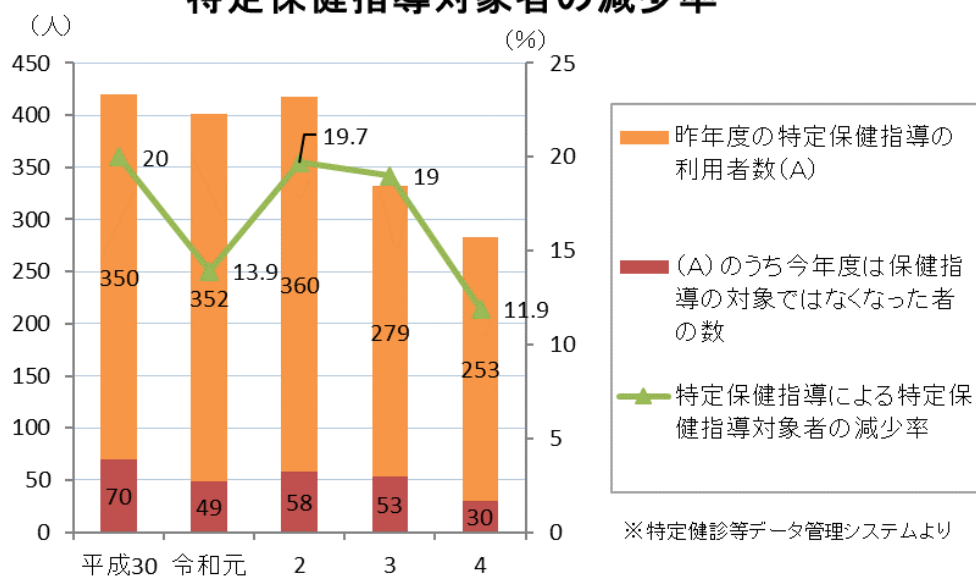
年齢階層別・男女別の特定保健指導実施率 (65～74歳)



KDBシステムより ※ 全国のR4年度の数値は速報値

また、特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は概ね10～20%前後で推移しています。

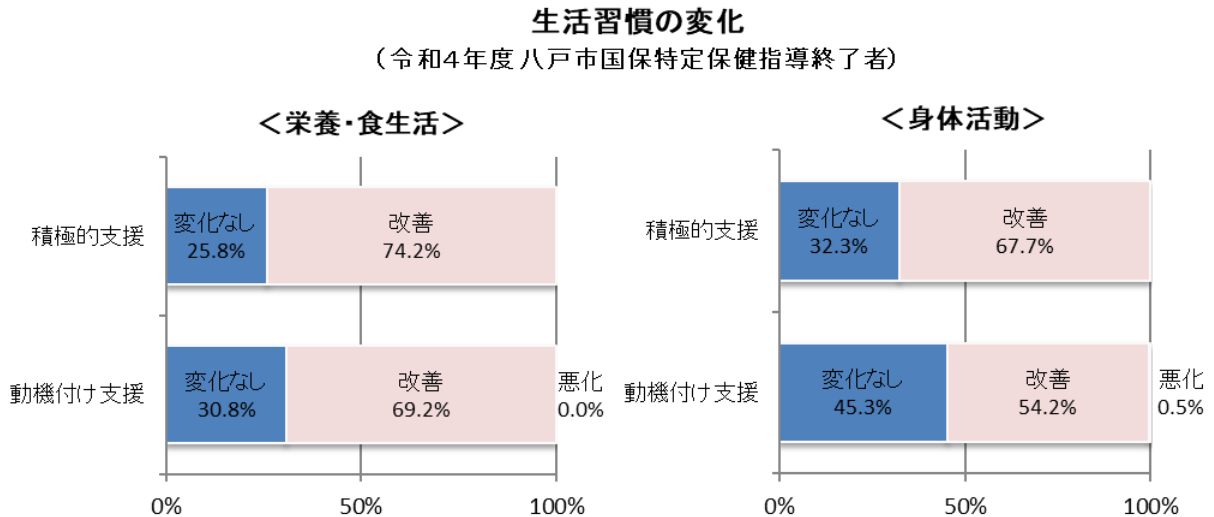
特定保健指導対象者の減少率



(7) 特定保健指導による生活習慣の変化

生活習慣の変化については、特定保健指導により、「栄養・食生活」、「身体活動」いずれも「改善」した割合の方が「変化なし」及び「悪化」よりも多くなっています。

こうした生活習慣の改善は、腹囲及び体重の減少などにつながっていることが予想されます。



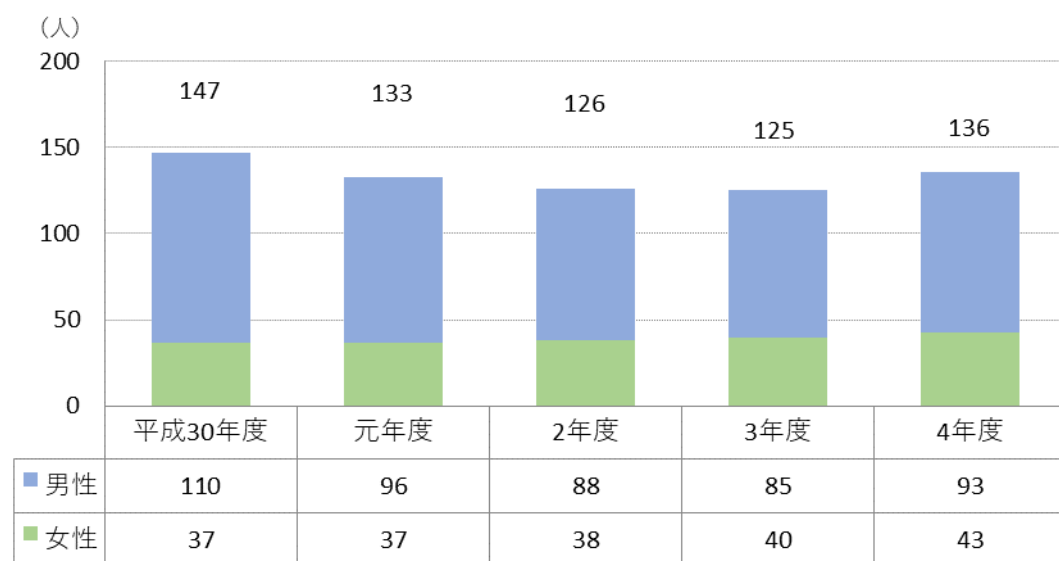
特定健診等データ管理システムより

(8) 健診とレセプトデータを組み合わせた分析

医療費分析で生活習慣病のうち糖尿病及び慢性腎臓病に要する医療費の割合が高いことや、健診データ分析で県平均、国平均と比べ空腹時血糖値、HbA1cの有所見率が高く、糖尿病のリスクを抱えている可能性が高いことが分析で判明しました。市ではこれらを健康課題と捉え、人工透析のデータ及び割合を分析します。

人工透析のレセプトを見ると人数は130人～140人程度で推移しており、既往歴を見ると高血圧に次いで糖尿病が多い状況です。

人工透析患者数の推移（八戸市国保）



KDBシステムより（各年度とも5月診療分の患者数）

人工透析患者の既往疾患の状況（令和4年5月八戸市国保被保険者診療分）

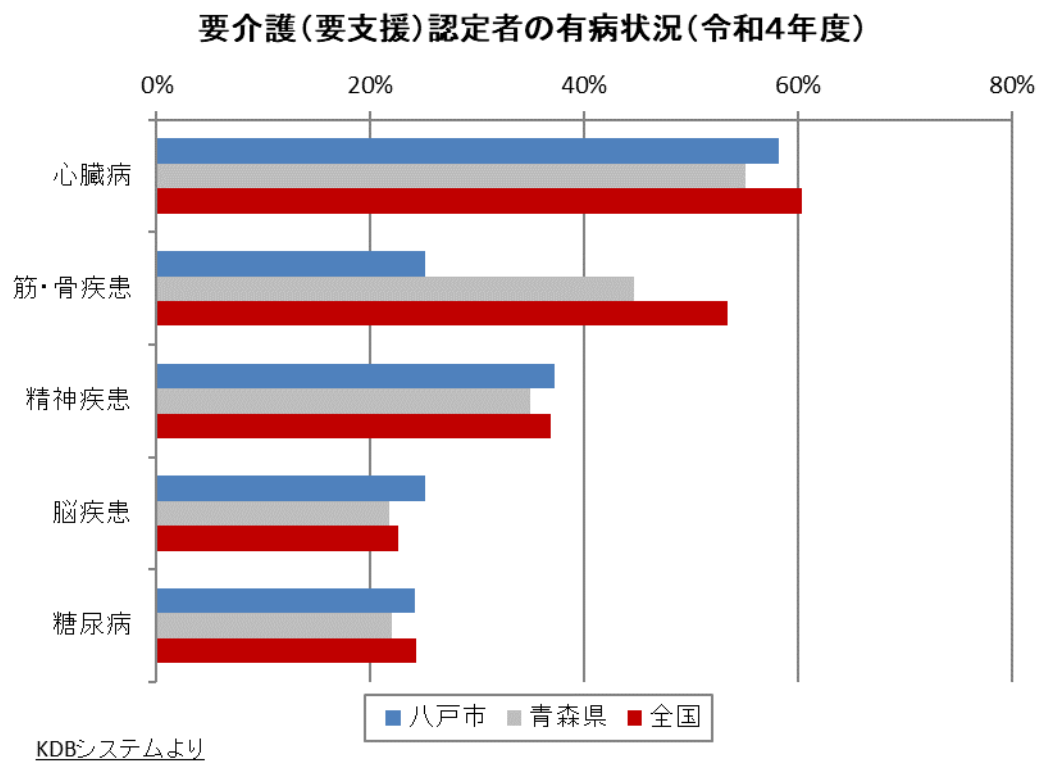
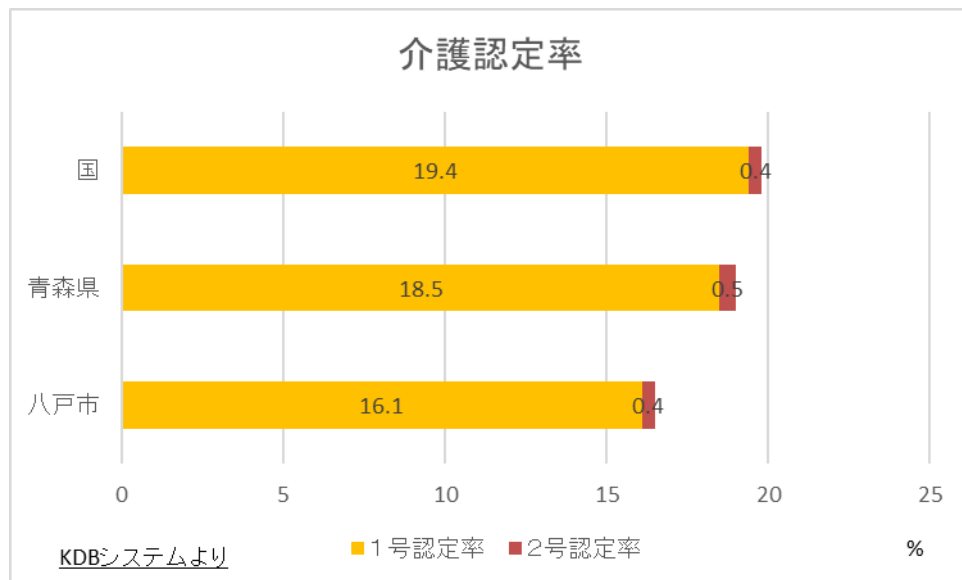
		男性		女性		計	
		人数(人)	既往割合	人数(人)	既往割合	人数(人)	既往割合
人工透析患者数 A		98	—	46	—	144	—
既往疾患	糖尿病	56	57.1%	15	32.6%	71	49.3%
	うち糖尿病性腎症	13	13.3%	2	4.3%	15	10.4%
	高血圧症	89	90.8%	43	93.5%	132	91.7%
	高尿酸血症	37	37.8%	13	28.3%	50	34.7%
	脂質異常症	33	33.7%	16	34.8%	49	34.0%
	脳血管疾患	18	18.4%	10	21.7%	28	19.4%
	虚血性心疾患	33	33.7%	20	43.5%	53	36.8%

KDBシステムより

(9) 介護認定状況及び有病状況の分析

4年度の介護認定の状況について、介護保険被保険者に占める1号認定者及び2号認定者の割合は県及び国と比べて低い状況にあります。

また、4年度の介護認定者の有病状況を見ると、国と並んで県より糖尿病の割合が高くなっています。



IV 健康課題及び計画の目標・目的・戦略

1 健康課題について

八戸市国保の現状と医療費及び健診データの分析を踏まえ、八戸市国保では以下のとおりA～Dの4つの健康課題を設定します。

健康課題A： 4年度特定健診実施率が31.2%、特定保健指導実施率26.3%と低くそれぞれ県内40市町村中36位、33位という状況にあります。このことから健診受診率等を上昇させるために特定健診の項目にがん検診等の項目を加えた国保人間ドック事業を実施する他、受診日当日に特定保健指導を利用できる体制を構築する必要があります。

健康課題B： 健診の結果、血糖値が高い人の割合が県及び全国平均を上回っており、糖尿病が原因で死亡する人の割合が高い傾向にあります。

健康課題C： 一人当たり医療費が県平均及び国平均より伸び率が高い状況にあります。

健康課題D： 生活習慣改善意欲は県平均及び国平均より高い一方、健診質問票から咀嚼の問題やBMIが20以下の者が増加している等フレイルが徐々に増えているという課題があります。従来の健康に関するイベントや教室のほかに低栄養や歯科の対策を加え、正しい知識を普及する必要があります。

2 計画全体の目的・目標・戦略

上記1の課題を踏まえ、計画全体の目的を①～⑤のとおりとし、それらに応じた目標を次の表のとおりとします。

- ① 特定健診及び特定保健指導実施率を向上させる。
- ② 糖尿病に係る高血糖者の割合の増加を抑制する。
- ③ 生活習慣病医療費の割合を減少させる。
- ④ 1人当たり医療費の増加を抑制する。
- ⑤ 健康に係るイベントの拡充により、健康に良い習慣づくりを促す。

計画全体の目的・目標値

項目	データヘルス計画 全体における目的	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
			2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
A	特定健診及び特定保健指導実施率の向上	特定健診実施率 40% (40～64歳の実施率) 40% (65～74歳の実施率) 40% (★)	31. 2% (40～64歳) 21. 4% (65～74歳) 36. 6%	33. 0%	34. 5%	36. 0% (40～64歳) 36. 0% (65～74歳) 36. 0%	37. 5%	39. 0%	40. 0% (40～64歳) 40. 0% (65～74歳) 40. 0%
		特定保健指導実施率 45% (40～64歳の実施率) 45% (65～74歳の実施率) 45% (★)	26. 3% (40～64歳) 23. 8% (65～74歳) 28. 5%	32. 0%	34. 5%	37. 0% (40～64歳) 37. 0% (65～74歳) 37. 0%	39. 5%	42. 0%	45. 0% (40～64歳) 45. 0% (65～74歳) 45. 0%
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 25% (40～64歳の減少率) 25% (65～74歳の減少率) 25% (★)	11. 9% (40～64歳) 6. 8% (65～74歳) 14. 5%			20. 0% (40～64歳) 20. 0% (65～74歳) 20. 0%			25. 0% (40～64歳) 25. 0% (65～74歳) 25. 0%
B	糖尿病に係る高血糖者の割合の増加を抑制する。また。生活習慣病医療費の割合を減少させる。	HbA1cが8. 0%以上の者の割合 1. 5%以下 (40～64歳の割合) 1. 3%以下 (65～74歳の割合) 1. 5%以下 (★)	1. 4% (40～64歳) 1. 3% (65～74歳) 1. 4%			1. 5% (40～64歳) 1. 3% (65～74歳) 1. 5%			1. 5% (40～64歳) 1. 3% (65～74歳) 1. 5%
		HbA1cが6. 5%以上の者の割合 13%以下 (★)	12. 9%			13. 0%			13. 0%
		HbA1cが6. 5%以上の者のうち、糖尿病レセプトがない者の割合 10%以下 (★)	11. 6%			10. 0%			10. 0%
		血圧が①収縮期血圧130mmHg以上または②拡張期血圧85mmHg以上の割合 50%以下 (★)	50. 7%			50%以下			50%以下
		全医療費に占める生活習慣病（糖尿病、脂質異常症、高血圧症、脳梗塞、狭心症、脳出血、心筋梗塞、動脈硬化症、高尿酸血症、脂肪肝）の割合 15%未満	16. 2%			15%未満			15%未満
C	1人当たり医療費の増加を抑制する。	後発医薬品の使用割合（数量シェア） 88%以上 (★)	84. 5%			86. 0%			88. 0%
		一人当たり医療費の伸び率 4年度比で県以下にする	市 6. 7% 県 5. 3%			県以下			県以下
D	健康に係るイベントの拡充により、健康に良い習慣づくりを促す	血圧が①収縮期血圧130mmHg以上または②拡張期血圧85mmHg以上の割合 50%以下（再掲） (★)	50. 7%			50%以下			50%以下
		運動習慣のある者の割合 45%以上 (★)	38. 0%			45. 0%			45. 0%
		前期高齢者の低栄養傾向者（BMI20kg/m ² 以下）数の割合 13%以下 (★)	16. 1%			13. 0%			13. 0%
		50～74歳の咀嚼良好者の割合 75%以上 (★)	71. 1%			75%以上			75%以上
		喫煙率 12%以下 (★)	12. 0%			12%以下			12%以下

※表中の★は都道府県レベルでの計画の標準化に伴い、青森県内で保険者が共通して設定する評価指標である。

また、目標達成のための戦略を以下のとおりとします。

健康課題	データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略
A	特定健診、特定保健指導事業、国保人間ドック事業を実施する。その際、ハガキ、電話による勧奨も行う。
B	看護師による早期受診、重症化予防のための訪問指導事業、栄養士による重症化予防のための訪問指導事業、糖尿病重症化予防事業を行う。
C	重複・頻回受診、服薬等の問題受診者への訪問指導を行う。ジェネリック医薬品差額通知を行い、医療費の増嵩を抑制する。
D	元気応援！お得ーボン事業や各種健康教室等の事業を実施し、正しい健康知識を普及させる。

V 個別保健事業

上記の目標を達成するため、実施する個別保健事業一覧は次のとおりとします。また、各保健事業の具体的な内容は次ページ以降のとおりです。

なお、優先度は1、2、3、4の順に高くなっています。

事業番号	事業名称	重点・優先度	対応する健康課題
1	特定健康診査事業	1	A
2	特定保健指導事業	1	A
3	国保人間ドック事業	1	A
4	元気応援！お得ーポン事業	4	D
5	看護師による早期受診・重症化予防のための訪問指導事業	3	B、C、D
6	栄養士による重症化予防のための訪問指導事業	3	B、C、D
7	糖尿病重症化予防事業	2	B
8	重複・頻回受診者等に対する適正受診の訪問指導事業	3	C
9	ジェネリック医薬品利用差額通知送付事業	3	C
10	市民健康づくり講座事業	4	D
11	各地区健康教室事業	4	D
12	歯周病検診事業	4	D

事業番号 1 特定健康診査事業

事業の目的	特定健診受診率が県内でワースト10であることから、受診勧奨を通じて健診受診率を向上させることを目的とする。
対象者	40～74歳の国保加入者
現在までの事業結果	※カッコ内は目標値 アウトプット指標 受診率：31.2%（55%） アウトカム指標 メタボリックシンドローム該当者及び予備群該当率 24.5%（15%以下） 生活習慣病医療費の割合 16.9%（20%以下） LDL-C160mg/dL以上の割合 男性9.8% 女性13.4%（男性6.1% 女性7.9%） HDL-C40mg/dL以下の割合 男性4.7% 女性0.8%（男性11.4% 女性3.3%） HbA1cがNGSP値8.4%以上の割合 男性1.1% 女性0.5% 全体0.8%（男性2.1% 女性1.0% 全体1.4%）

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度（R4）	2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）
アウトカム（成果）指標	特定健診実施率 40%（40～64歳の実施率）40%（65～74歳の実施率）40%	31.2%（40～64歳） 21.4%（65～74歳） 36.6%	33.0%	34.5%	36.0%（40～64歳） 36.0%（65～74歳） 38.0%	37.5%	39.0%	40.0%（40～64歳） 40.0%（65～74歳） 40.0%
アウトカム（成果）指標	メタボリックシンドローム該当者及び予備群該当率 20%以下	24.5%			20%以下			20%以下
アウトプット（実施量・率）指標	ハガキ勧奨回数	3回			2回以上			2回以上
アウトプット（実施量・率）指標	電話勧奨	1,000件			1,000件			1,000件
アウトプット（実施量・率）指標	広報はちのへ、デジタルサイネージによる勧奨を行う。	1回以上			1回以上			1回以上

目標を達成するための主な戦略	○特定健診事業を外部に委託する。 ○健診受診勧奨として、ハガキ及び電話による勧奨を外部委託する。
----------------	---

現在までの実施方法（プロセス）

ハガキ勧奨及び電話勧奨の双方とも未受診者のデータの適切な入手、分析の上それぞれの特性に応じた受診勧奨を行う。広報はちのへやデジタルサイネージ等の広く市民向けの広報を実施する。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

これまでの実施方法を継続する。
対象者、勧奨時期を適宜変更する。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

健診業務を八戸市総合健診センター、八戸市医師会へ委託。
令和2年度から電話勧奨を一部委託で実施。
令和3年度よりこれまで直営で行っていたハガキ勧奨を外部に委託して実施。また、電話勧奨も直営による実施を取りやめた。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

これまでの実施体制を継続する。

評価計画

当該年度の翌年11月ごろに確定する法定報告において実績を算出。

事業番号 2 特定保健指導事業

事業の目的	特定保健指導実施率が県内でワースト10であることから、実施率の向上を図ることで生活習慣病の発症予防、個人の健康意識向上を図る。
対象者	40～74歳の国保加入者で、特定健診を受診した結果特定保健指導に該当した者
現在までの事業結果	※カッコ内は目標 アウトプット指標 特定保健指導実施率：26.3%（55%） アウトカム指標 メタボリックシンドローム該当者及び予備群該当率 24.5%（15%以下） 生活習慣病医療費の割合 16.9%（20%以下）

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	特定保健指導による特定保健指導 対象者の減少率 25%以上	11.9% (40～64歳) 6.8% (65～74歳) 14.5%			20.0% (40～64歳) 20.0% (65～74歳) 20.0%			25.0% (40～64歳) 25.0% (65～74歳) 25.0%
アウトカム (成果) 指標	生活習慣病医療費の割合を減少さ せる。15%未満	16.2%			15%未満			15%未満
アウトカム (成果) 指標	メタボリックシンドローム該当者 及び予備群該当率 20%以下	24.5%			20%以下			20%以下
アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導実施率 45% (40～64歳の実施率) 45% (65～74歳の実施率) 45%	26.3% (40～64歳) 23.8% (65～74歳) 28.5%	32.0%	34.5%	37.0% (40～64歳) 37.0% (65～74歳) 37.0%	39.5%	42.0%	45.0% (40～64歳) 45.0% (65～74歳) 45.0%

目標を達成するための 主な戦略	特定保健指導事業を外部へ委託し、受診当日に実施できる体制を整える。
--------------------	-----------------------------------

現在までの実施方法（プロセス）

委託先において特定保健指導を健診受診当日に実施

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

これまでの実施方法を継続する。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

特定保健指導業務を外部へ委託。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

これまでの実施体制を継続する。

評価計画

当該年度の翌年11月ごろに確定する法定報告において実績を算出。

事業番号 3 国保人間ドック事業	
事業の目的	疾病の早期発見、特定健診の受診率向上
対象者	30～74歳の国保加入者
現在までの事業結果	※カッコ内は目標 アウトプット指標 人間ドック実施率：24.0%（30%） 特定健診実施率：31.2%（55%） アウトカム指標 生活習慣病医療費の割合 16.9%（20%以下） LDL-C160mg/dL以上の割合 男性9.8% 女性13.4%（男性6.1% 女性7.9%） HDL-C40mg/dL以下の割合 男性4.7% 女性0.8%（男性11.4% 女性3.3%） HbA1cがNGSP値8.4%以上の割合 男性1.1% 女性0.5% 全体0.8%（男性2.1% 女性1.0% 全体1.4%）

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム（成果）指標	生活習慣病医療費の割合を減少する。	16.2%			15%未満			15%未満
アウトカム（成果）指標	特定健診実施率 40% （40～64歳の実施率）40% （65～74歳の実施率）40%	31.2% （40～64歳） 21.4% （65～74歳） 36.6%	33.0%	34.5%	36.0% （40～64歳） 36.0% （65～74歳） 38.0%	37.5%	39.0%	40.0% （40～64歳） 40.0% （65～74歳） 40.0%
アウトプット（実施量・率）指標	人間ドック実施率 30%以上	24.0%			27.0%			30.0%
アウトプット（実施量・率）指標	ハガキ勧奨回数	3回			2回以上			2回以上
アウトプット（実施量・率）指標	電話勧奨	1,000件			1,000件			1,000件
アウトプット（実施量・率）指標	広報はちのへ、デジタルサイネージによる勧奨を行う。	1回以上			1回以上			1回以上

目標を達成するための主な戦略	国保人間ドック事業を外部へ委託する。
----------------	--------------------

現在までの実施方法（プロセス）

ハガキ勧奨及び電話勧奨の双方とも未受診者のデータの適切な入手、分析の上それぞれの特性に応じた受診勧奨を行う。 広報はちのへやデジタルサイネージ等の広く市民向けの広報を実施する。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

これまでの実施方法を継続する。 対象者、勧奨時期を適宜変更する。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

業務を八戸市総合健診センターへ委託。 令和2年度から電話勧奨を一部委託で実施。 令和3年度よりこれまで直営で行っていたハガキ勧奨を外部に委託して実施。また、電話勧奨も直営による実施を取りやめた。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

これまでの実施体制を継続する。

評価計画

当該年度の翌年11月ごろに確定する法定報告において特定健診受診率実績を算出。
--

事業番号 4 元気応援！お得ーボン事業

事業の目的	特定健診受診者へ運動習慣やリラクセス法等の施設の優待サービスを受けられるクーポン券を送付することで、特定健康診査の受診率向上、運動習慣やリラクセス法など心身の健康維持活動との出会いを応援
対象者	30～74歳の国保加入者のうち国保特定健診または国保人間ドックを受診した者
現在までの事業結果	※カッコ内は目標 アウトプット指標 クーポン利用率：7.9%（15%） アウトカム指標 特定健診実施率：31.2%（60%）

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	アンケートで「健康づくりのきっかけとなったか」の設問で「なった」と回答した割合	90.2%			90.0%			90.0%
アウトカム (成果) 指標	特定健診実施率 40% (40～64歳の実施率) 40% (65～74歳の実施率) 40%	31.2% (40～64歳) 19.1% (65～74歳) 33.8%	33.0%	34.5%	36.0% (40～64歳) 36.0% (65～74歳) 36.0%	37.5%	39.0%	40.0% (40～64歳) 40.0% (65～74歳) 40.0%
アウトカム (成果) 指標	運動習慣のある者の割合 45%以上	38.0%			45.0%			45.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	クーポン送付率 (クーポン送付数／健診受診者)	100.0%			100.0%			100.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	クーポン利用率	7.9%			15.0%			15.0%

目標を達成するための 主な戦略	協働事業者を募集し、健診受診者へ優待サービスが受けられるクーポンを送付し、健診受診のインセンティブを強化する。
--------------------	---

現在までの実施方法（プロセス）

当該事業の市広報での周知 公募の際の広報での周知

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

これまでの実施方法を継続する。アンケート内容の見直し。優待サービス事業者の増加に係る広報の拡充。
--

現在までの実施体制（ストラクチャー）

協働事業者を募集し、市においてクーポン、チラシ、ポスター等を印刷する。健診センターでの受診者には結果送付時に、受託医療機関での受診者には市から送付する。クーポン利用後アンケートを記入する。
--

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

これまでの実施体制を継続する。

評価計画

11月ごろに昨年度及び今年度の中間報告を行い、協働事業者と健診受診率及びアンケート結果を共有する。意見等があれば次年度の公募の際に検討する。
--

事業番号 5 看護師による早期受診・重症化予防のための訪問指導事業

事業の目的	看護師による医療機関への早期受診促進及び生活習慣改善指導により生活習慣病の発症・重症化予防、医療費の適正化を図る。
対象者	① 特定健診の結果のうち、血圧、脂質、糖代謝の項目がD判定（要精検）であり、特定健診受診月から3ヶ月経過した後も医療機関からD判定と診断された検査項目の診療に係るレセプトが提出されない者 ② 特定健診の脂質の結果のうち、中性脂肪、LDLコレステロールの項目がC6判定（要再検）であり、特定健診受診月から3ヶ月経過した後も医療機関からC6判定と診断された検査項目の診療に係るレセプトが提出されない者 ③ 特定健診の際に記入する質問票で血圧・脂質についての服薬の有無が確認できない者のうち、血圧・脂質・糖代謝検査のいずれかの結果が別表に掲げる要生活習慣改善基準に該当する者
現在までの事業結果	※カッコ内は目標 アウトプット指標 【要精検（D判定）対象者】 指導実施率：100%（100%） 【再検査（C6判定）対象者】 指導実施率：100%（100%） アウトカム指標 早期受診勧奨訪問による医療機関受診率：34.9%（10月訪問分まで）（30%以上）

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	全医療費に占める生活習慣病（糖尿病、脂質異常症、高血圧症、脳梗塞、狭心症、脳出血、心筋梗塞、動脈硬化症、高尿酸血症、脂肪肝）の割合 15%未満	16.2%			15%未満			15%未満
アウトカム (成果) 指標	前期高齢者の低栄養傾向者（BMI20kg/m ² 以下）数の割合 13%以下	16.1%			13.0%			13.0%
アウトカム (成果) 指標	訪問による生活習慣改善の数値改善率 30%	23.1% (R3年度実績)			25.0%			30.0%
アウトカム (成果) 指標	訪問による医療機関受診率 40%	30.9%			37.0%			40.0%
アウトカム (成果) 指標	訪問による再検査受診率 50%	32.8%			45.0%			50.0%
アウトカム (成果) 指標	血圧が①収縮期血圧130mmHg以上または②拡張期血圧85mmHg以上の割合 50%以下	51.3%			50%以下			50%以下
アウトプット (実施量・率) 指標	指導実施率	100.0%			100.0%			100.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	低栄養傾向にある者への指導人数	0人			10人			10人

目標を達成するための 主な戦略	生活習慣改善と早期受診勧奨を国保年金課及び健康づくり推進課の看護師による訪問指導を行う。これにより医療費の増嵩を抑制していく。
--------------------	---

現在までの実施方法（プロセス）

当該事業の市広報での周知

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

現行の体制の継続と拡充

現在までの実施体制（ストラクチャー）

訪問指導看護師の採用、訪問指導計画策定会議の開催、八戸市医師会へ実績報告及び助言依頼

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

これまでの実施体制を継続する。また、対象となった者のうちBMIが18.5以下の者で体重減少が著しい等特に指導が必要な場合は、フレイル予防のための訪問指導を行う。

評価計画

毎年5月に行われる衛生部門（健康づくり推進課）との計画策定会議と10月ごろに八戸市医師会への助言依頼の際に実績報告を行う。それぞれの内容を踏まえて、次年度以降の評価、検討の参考とする。

事業番号 6 栄養士による重症化予防のための訪問指導事業

事業の目的	栄養士による生活習慣の指導により対象者の自己コントロールを促進することにより、生活習慣病重症化予防、医療費の適正化を図る。
対象者	特定健診の際に記入する質問票で血圧・脂質・糖代謝についての服薬の有無が確認でき、かつ、治療中にもかかわらず、血圧・脂質・糖代謝検査のいずれかの検査結果が別表に掲げる要生活習慣改善基準に該当する40歳以上75歳未満の者のうち、特に指導を必要とする者
現在までの事業結果	※カッコ内は目標 アウトプット指標 指導実施率：100%（80%） アウトカム指標 服薬中で受診勧奨域である者の割合：38.5%（30%以下）

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	全医療費に占める生活習慣病（糖尿病、脂質異常症、高血圧症、脳梗塞、狭心症、脳出血、心筋梗塞、動脈硬化症、高尿酸血症、脂肪肝）の割合 15%未満	16.2%			15%未満			15%未満
アウトカム (成果) 指標	服薬中で受診勧奨域である者の割合 35%以下	38.5%			35%以下			35%以下
アウトプット (実施量・率) 指標	指導実施率100%	100.0%			100.0%			100.0%

目標を達成するための 主な戦略	国保年金課及び健康づくり推進課の栄養士が生活習慣の改善を訪問指導をすることで医療費の増嵩を抑制していく。
--------------------	--

現在までの実施方法（プロセス）

当該事業の市広報での周知

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

現行の体制の継続と拡充

現在までの実施体制（ストラクチャー）

訪問指導栄養士の採用、訪問指導計画策定会議の開催、八戸市医師会へ実績報告及び助言依頼
--

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

これまでの実施体制を継続する。

評価計画

毎年5月に行われる衛生部門（健康づくり推進課）との計画策定会議と10月ころに八戸市医師会へ助言依頼を行う際に実績報告を行う。それぞれの内容を踏まえて、次年度以降の評価、検討の参考とする。

(別表) 要生活習慣改善基準 (事業番号 5 ～ 6 関連)

項目		要生活習慣改善基準	要再検査基準 (C 6)
血圧	収縮期	140mmHg以上	
	拡張期	90mmHg以上	
脂質	L D L コレステロール	140mg/dL以上	160～179mg/dL
	H D L コレステロール	39mg/dL以下	
	中性脂肪	300mg/dL以上	400～499mg/dL
糖代謝	空腹時血糖	126mg/dL以上	
	H b A 1 c (NGSP値)	6.5%以上	

事業番号 7 糖尿病重症化予防事業								
事業の目的		糖尿病性腎症による人工透析への移行予防、医療費の適正化						
対象者		① 特定健康診査及び国保人間ドック受診者のうち、空腹時血糖値またはHbA1cが要精密検査と判定されたが、医療機関で未受診の者 ② 糖尿病の治療を中断している人 ③ 糖尿病で通院中であるが、腎機能の低下が疑われる者						
現在までの事業結果		※カッコ内は目標 アウトプット指標 早期受診勧奨実施率 100% (100%) アウトカム指標 ①早期受診勧奨による精密検査受診率 59.3% (30%) ※令和5年11月末現在(内訳) ・元年度：87% (未治療対象者15人のうち、13人が精密検査受診) ・2年度：54% (未治療対象者13人のうち、7人が精密検査受診) ・3年度：57% (未治療対象者14人のうち、8人が精密検査受診) ・4年度：41% (未治療対象者17人のうち、7人が精密検査受診) ②早期受診勧奨による治療再開率55.0% (30%) ※令和5年11月末現在 ・30年度分：64% (治療中断対象者55人のうち、35人が治療再開) ・元年度分：59% (治療中断対象者32人のうち、19人が治療再開) ・2年度分：50% (治療中断対象者26人のうち、13人が治療再開) ・3年度分：56% (治療中断対象者18人のうち、10人が治療再開) ・4年度分：9% (治療中断対象者11人のうち、1人が治療再開) ③保健指導実施者のHbA1c数値改善率 80.0% (20%) ※令和5年1月末現在 ・30年度治療中断者：75% (数値改善者3人／医師助言に基づく保健指導実施者4人) ・元年度未治療者：100% (1人／1人) ・元年度治療中断者：100% (1人／1人) ・2年度未治療者：100% (1人／1人) ・2年度治療中断者：100% (1人／1人) ・3年度未治療者：対象者なし ・3年度治療中断者：100% (1人／1人) ・4年度未治療者：1人 (保健指導実施中) ・4年度治療中断者：対象者なし						
今後の目標値								
指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	HbA1cが6.5%以上の者のうち、糖尿病レセプトがない者の割合10%以下	11.6%			10.0%			10.0%
アウトカム(成果)指標	①医療機関受診率 20% ②保健指導実施者のHbA1c数値改善率 60%	①10.7% ②100%			①20% ②50%			①20% ②50%
アウトプット(実施量・率)指標	早期勧奨実施率100%	100.0%			100.0%			100.0%
アウトプット(実施量・率)指標	HbA1cが8.0%以上の者の割合1.5%以下 (40～64歳の割合) 1.3%以下 (65～74歳の割合) 1.5%以下	1.4% (40～64歳) 1.3% (65～74歳) 1.4%			1.5% (40～64歳) 1.3% (65～74歳) 1.5%			1.5% (40～64歳) 1.3% (65～74歳) 1.5%
アウトプット(実施量・率)指標	HbA1cが6.5%以上の者の割合 13%以下	12.9%			13.0%			13.0%
目標を達成するための主な戦略		対象者に対し、国保年金課及び健康づくり推進課の看護師、栄養士による早期受診勧奨及び保健指導を実施する。腎機能低下がみられる場合はかかりつけ医、糖尿病専門医と連携する。						
現在までの実施方法（プロセス）								
○市の役割 ① 健康診査データ・レセプトデータを基に、優先度を考慮の上、対象者の抽出を行い、八戸市医師会及びかかりつけ医と連携しながら、効果的に受診勧奨及び保健指導を実施する。 ② 実施した取組について、下記の評価指標等により、評価・分析を行い、関係者間において情報の共有を図る。 ○医師会の役割 ① 会員に対して、本プログラムにおける取組の周知並びに本プログラムに参加する医療機関の確保を図る。 ② 各取組の実施状況をみながら、市とかかりつけ医との連携体制等について、助言等の必要な支援を行う。 ③ かかりつけ医と糖尿病専門医等との連携を強化するための研修を行う。								
今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標								
現行の取り組みを継続する。								
現在までの実施体制（ストラクチャー）								
○糖尿病重症化予防プログラムの策定 ○八戸市医師会及びかかりつけ医との連携 ○評価・分析を行い、関係者間において情報の共有を図る。								
今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標								
現行の実施体制を継続する。								
評価計画								
○事業実施量として受診勧奨及び保健指導実施者数、短期的な指標として医療機関受診者数、検査値の改善率、中長期的な指標として糖尿病性腎症による新規透析患者数、透析医療費の推移を評価。 ○毎年5月に行われる衛生部門（健康づくり推進課）との計画策定会議と10月ころに八戸市医師会へ実績報告及び助言依頼を行う。それぞれの内容を踏まえて、次年度以降の評価、検討の参考とする。								

事業番号 8 重複・頻回受診者等に対する適正受診の訪問指導事業

事業の目的	重複・頻回受診など問題受診の傾向がある者へ指導することで適正受診の促進、被保険者の健康意識向上、医療費の適正化を図る。
対象者	医療機関での重複受診（服薬）、頻回受診、多受診、長期受診の傾向が見られる者 ・重複受診：3か月連続して、2か所以上の医療機関を受診し検査・治療の重複する者 ・重複服薬：3か月連続して、2か所以上の医療機関で同じ薬剤や同様の効能・効果を持つ薬剤の処方を受けている者 ・頻回受診・・・3か月連続して、同一医療機関を15回以上受診する者 ・多剤・・・同一月内に4枚以上レセプトがあり、70歳以上かつ薬剤数が10種以上の者 ・長期受診・・・上記と同世帯で毎月または一定期間レセプトがある者
現在までの事業結果	※カッコ内は目標 アウトプット指標 指導実施率 100%（85%） アウトカム指標 受診適正化率 41.2%（60～65%）

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	一人当たり医療費の伸び率 県以下	市 6.7% 県 5.3%			県以下			県以下
アウトカム (成果) 指標	前期高齢者の低栄養傾向者 (BMI20kg/m ² 以下) 数の割合 13%以下	16.1%			13.0%			13.0%
アウトカム (成果) 指標	受診適正化率 60%以上	41.2%			60.0%			60.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	指導実施率	100.0%			100.0%			100.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	フレイル指導件数	10人			10人			10人

目標を達成するための主な戦略	生活習慣改善と早期受診勧奨を看護師の訪問指導により行う。多剤の場合は必要に応じて介護予防部署の紹介やフレイル予防の指導を行う。
----------------	---

現在までの実施方法（プロセス）

当該事業の市広報での周知

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

これまでの実施方法を継続。広報のさらなる拡充と内容の見直し

現在までの実施体制（ストラクチャー）

訪問指導看護師の採用、八戸市医師会へ実績報告及び助言依頼

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

現行の実施体制を継続する。

評価計画

毎年10月頃に八戸市医師会へ実績報告及び助言依頼を行い、その内容を踏まえて、次年度以降の事業実施の方法を見直す。

事業番号 9 ジェネリック医薬品利用差額通知送付事業

事業の目的	ジェネリック医薬品の利用促進、医療費削減
対象者	35歳以上の国保加入者のうち、ジェネリック医薬品への切替えによる薬剤費削減額が一定以上となる人
現在までの事業結果	※カッコ内は目標 アウトプット指標 通知回数2回（2回以上） アウトカム指標 ジェネリック医薬品使用割合（数量シェア） 84.5%（85%）

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	一人当たり医療費の伸び率 県以下	市 6.7% 県 5.3%			県以下			県以下
アウトカム (成果) 指標	後発医薬品の使用割合（数量シェア） 88%以上	84.5%			86.0%			88.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	通知回数	2回			2回			2回

目標を達成するための 主な戦略	通知の印刷及び送付を外部に委託し実施することで、ジェネリック医薬品への切り替えを促進する。
--------------------	---

現在までの実施方法（プロセス）

当該事業の市広報での周知

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

現行の実施方法を継続。広報のさらなる拡充。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

国保連合会へ通知送付を委託する。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

現行の実施体制を継続する。

評価計画

通知送付後、国保総合システムから切替率を把握する。

事業番号 10 市民健康づくり講座事業

事業の目的	医師、歯科医師、薬剤師による講演会を実施することで健康意識の啓発、正しい健康知識の普及を図る。（健康づくり推進課実施）
対象者	八戸市民
現在までの事業結果	※カッコ内は目標 アウトプット指標 実施回数 7回（年9回程度） アウトカム指標 健康意識の向上率 88.6%（90%以上） ※R4年度アンケート結果

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	喫煙率 12%以下	12.0%			12%以下			12%以下
アウトカム (成果) 指標	健康意識の向上率（アンケート結果から）	88.6%			90.0%			90.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	実施回数 9回 （うち1回以上禁煙あるいはCOPDの講演） （うち2回以上歯科の講演）	7回 禁煙あるいはCOPD 1回 歯科 2回			9回 禁煙あるいはCOPD 1回 歯科 2回			9回 禁煙あるいはCOPD 1回 歯科 2回

目標を達成するための 主な戦略	八戸市医師会、八戸歯科医師会、八戸薬剤師会と協力・連携し、講話を行う。
--------------------	-------------------------------------

現在までの実施方法（プロセス）

各医療関係団体等への協力依頼、会場確保。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

現行の実施方法を継続。広報のさらなる拡充。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

各医療関係団体等へ講師派遣依頼等の協力

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

現行の実施体制を継続する。

評価計画

講座終了後、アンケートを実施し事業内容を適宜見直す。

事業番号 11 各地区健康教室事業

事業の目的	各地区に配置されている保健推進員による健康教室の実施により健康意識の啓発、正しい健康知識の普及を図る。（健康づくり推進課実施）
対象者	八戸市民
現在までの事業結果	※カッコ内は目標 アウトプット指標 実施回数年53回 アウトカム指標 健康意識の向上率 98.7%（R4年度アンケート結果）

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	健康意識の向上率 99%	98.7%			99.0%			99.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	実施回数90回以上	53回			90回			90回

目標を達成するための 主な戦略	保健推進員、八戸市医師会等医療関係者の連携により教室を開催する。
--------------------	----------------------------------

現在までの実施方法（プロセス）

参加者が参加しやすいよう日程や環境を整える。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

現行の実施方法を継続。保健推進員のさらなる研鑽のための検証

現在までの実施体制（ストラクチャー）

医師会等へ講師派遣依頼、保健推進員のサポート

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

現行の実施体制を継続する。

評価計画

講座終了後、アンケートを実施し事業内容を適宜見直す。

事業番号 12 歯周疾患検診事業

事業の目的	健康増進法に基づき、40、50、60、70歳を対象に歯周疾患検診事業を行うことで、歯周を含む歯科に関連する疾患、歯科疾患に関連する全身疾患の予防、生活の質の向上を目指す。（健康づくり推進課実施）
対象者	年度内に40、50、60、70歳になる八戸市民
現在までの事業結果	無料受診券の送付 歯周病検診の受診率 15.5%

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	50～74歳の咀嚼良好者の割合 75%以上	71.1%			75.0%			75.0%
アウトカム (成果) 指標	歯周病検診の受診率 15%以上	15.5%			15.0%			15.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	送付回数（受診券1回、再勧奨1回）	2回			2回			2回
アウトプット (実施量・率) 指標	歯や口の健康状態を定期的に病院等でチェックしている者の割合 65%	28.1% (H29)			65.0%			65.0%

目標を達成するための 主な戦略	八戸歯科医師会等に委託し、歯科検診を行う。
--------------------	-----------------------

現在までの実施方法（プロセス）

無料受診券を4月に送付する。再勧奨ハガキを11月に送付する。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

現行の実施方法を継続。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

八戸歯科医師会等への委託、受診券の送付

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

現行の実施体制を継続する。

評価計画

健康はちのへ21の中間評価の際に市民アンケート等を実施し、見直しを行う。

Ⅵ 特定健康診査及び特定保健指導【第４期特定健康診査等実施計画】

１ 目標値の設定

国の「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（以下「基本指針」という。）」における達成しようとする目標値は、市町村国保では特定健康診査受診率、特定保健指導実施率ともに60%となっています。

八戸市国保は現状で、第３期特定健康診査等実施計画の目標値と大きな開きがあるだけでなく、青森県（国保）平均も下回っています。市の設定した目標と現状に乖離がみられることや今後の検証を円滑に進めるため、実現可能性のある目標を定める必要があります。

よって、八戸市国保の令和11年度までの目標値として、以下のとおり特定健康診査受診率40%、特定保健指導実施率45%を設定します。

	令和 4年度 (2022) 現 状	6年度	7年度	8年度	9年度	10年度	11年度 (2029) 目標値
特定健康診査	31.2%	33.0%	34.5%	36.0%	37.5%	39.0%	40.0%
特定保健指導	26.3%	32.0%	34.5%	37.0%	39.5%	42.0%	45.0%

２ 対象者の見込み

(1) 特定健康診査

八戸市国保の被保険者のうち、40歳から74歳の人を対象とします。

【特定健康診査の対象者数等の見込み】

	令和 6年度	7年度	8年度	9年度	10年度	11年度
対象者数	34,326人	33,332人	32,367人	31,431人	30,521人	29,639人
受診率目標	33.0%	34.5%	36.0%	37.5%	39.0%	40.0%
受診者数目標	11,328人	11,500人	11,652人	11,787人	11,903人	11,856人

※ 令和6年度の対象者数は、令和6年4月1日時点の被保険者の見込数に、平成30年度から令和4年度の各年度当初の被保険者数に対する法定報告対象者数の割合の平均を乗じたもの。
令和7年度以降の対象者数は、前年度の対象者数に平成30年度から令和4年度における40歳～74歳の年間平均被保険者数の平均増減率を乗じたもの。

(2) 特定保健指導

特定保健指導は、その必要度により「情報提供」、「動機付け支援」及び「積極的支援」の3つに区分し、情報提供は、特定健康診査を受診した人全員を対象とします。

また、動機付け支援及び積極的支援の対象者は、特定健康診査の結果に基づく階層化により選定することとし、その対象者の中でも生活習慣病の未然防止のために保健指導が特に必要な者に対し、優先的に実施することとします。

なお、2年連続して積極的支援に該当した者のうち、1年目に比べ、2年目の腹囲及び体重の数値が、一定以上改善している者については、動機付け支援相当の支援を行うことができます。

(ア) 特定健康診査の結果に基づく階層化

腹囲	追加リスク (※1) ①血糖 ②脂質 ③血压	④喫煙歴	対 象	
			40～64歳	65～74歳
85cm以上 (男性) 90cm以上 (女性)	2つ以上該当		積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当	あり		
		なし		
上記以外で BMI (※2) 25以上	3つ該当		積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり		
		なし		
	1つ該当			

※1 追加リスクの該当基準

- ① 血糖 空腹時血糖 110 mg/dℓ以上または HbA1c (NGSP 値) 5.6%以上
- ② 脂質 中性脂肪 150 mg/dℓ以上、HDL コレステロール 40 mg/dℓ未満 (両方又はいずれか)
- ③ 血压 収縮期血压 130 mm Hg 以上、拡張期血压 85 mm Hg 以上 (両方又はいずれか)

※2 BMI (ボディ・マス・インデックス) 指数は、体重(kg)÷身長(m)² で算出される肥満度の判定方法の一つで、標準値は 22。

(イ) 実施における優先付けの考え方

対象者のうち、次のいずれかの項目に該当する人へ優先的に実施することとします。

- ・ 年齢が若い人
- ・ 健診結果が前年度に比し悪化している人
- ・ 前年度の対象者で保健指導を利用しなかった人
- ・ 生活習慣改善の必要性が高い人

なお、高血圧症、脂質異常症又は糖尿病の治療に係る薬剤を服用している人は、医療機関で指導を受けるため対象から除きます。

(ウ) 特定保健指導の対象者数等の見込み

		令和 6年度	7年度	8年度	9年度	10年度	11年度
動機付け 支援	対象者数	815人	828人	837人	849人	857人	854人
	実施率 目標	35.8%	38.2%	40.5%	42.9%	45.2%	48.2%
	実施者数	292人	316人	339人	364人	387人	412人
積極的 支援	対象者数	218人	221人	224人	227人	229人	228人
	実施率 目標	17.9%	20.8%	24.1%	26.9%	30.1%	32.9%
	実施者数	39人	46人	54人	61人	69人	75人
計	対象者数	1,033人	1,049人	1,061人	1,076人	1,086人	1,082人
	実施率 目標	32.0%	34.5%	37.0%	39.5%	42.0%	45.0%
	実施者数 目標	331人	362人	393人	425人	456人	487人

※ 対象者数は、特定健康診査受診者数に、動機付け支援6.3%(40～64歳)・7.5%(65～74歳)、積極的支援7.7%を乗じたものです。(平成30年度～令和3年度の対象者率の平均)

3 実施方法

(1) 特定健康診査

① 健診項目

特定健康診査の健診項目は、下表のとおりとします。

【特定健康診査 健診項目一覧表】

		健 診 項 目	
必 須 項 目	基本項目 (国の基準項目)	診 察	質問（問診）
			理学的所見（身体診察）
			身長、体重、BMI、腹囲
			血圧
		肝機能検査	AST（GOT）
			ALT（GPT）
			γ-GT（γ-GTP）
		脂 質 検 査	空腹時中性脂肪（随時中性脂肪）
			HDLコレステロール
			LDLコレステロール
		血 糖 検 査	空腹時血糖（随時血糖）
			HbA1c（NGSP値）
	尿 検 査	尿糖	
		尿蛋白	
	追加項目 (市独自の項目)	腎機能検査	血清クレアチニン
		尿検査	尿潜血
		貧血検査 (血液学検査)	ヘマトクリット値
			血色素量
			赤血球数
		心電図検査	12誘導心電図
		痛風検査 ※	尿酸
	聴力検査 ※		
医師の判断による 選択項目		眼底検査 ※	
		眼圧検査 ※	

※ 健診実施機関によっては実施できない場合がある。

② 実施場所

実施場所は、八戸市と委託契約を結んだ医療機関等の健診実施機関とします。

なお、令和5年度は八戸市総合健診センター及び八戸市医師会の指定する21受託医療機関（65歳以上の人及び40歳から64歳の心身障害者に限る。）で実施しています。

③ 実施時期

各健診実施機関の実施日において、通年実施します。

④ 健診案内

特定健康診査の案内は、「広報はちのへ」、「わが家の健康カレンダー」及び市のホームページや、保健推進員を通じて地区ごとに配布する「健診だより」などで、地区優先日や予約方法などを周知します。

⑤ 受診方法

受診者は、指定された方法で健診予約を行い、当日は健診実施機関へ被保険者証等を提示して受診することとします。

⑥ 結果通知

特定健康診査の結果は、当日配付又は後日郵送のいずれかにより、健診実施機関が受診者に対して通知します。

⑦ 費用負担

特定健康診査に伴う自己負担は徴収しないこととします。

ただし、年度内（４月～翌年３月）に特定健康診査又は国保人間ドックのいずれか１回限りとします。

(2) 特定保健指導

(2)-1 情報提供

特定健康診査を受診した人全員に対して、自らの身体状況を確認するとともに、健康な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、生活習慣を見直すきっかけとなるよう、健診結果の通知と合わせて、個人の生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供します。

(2)-2 動機付け支援

① 実施内容

対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣改善のための自主的な取組を継続的に行うことができるようになることを目的に、医師、保健師または管理栄養士が、面接により、生活習慣改善のための行動計画の作成について指導を行い、その取組に係る動機付けに関する支援を行うとともに、生活習慣改善状況等の評価を行います。

ア) 面接による支援

１人20分以上の個別面接又は１グループ（概ね８名以内）概ね80分以上のグループ面接により、支援を行います。

イ) 3か月後の評価

面接による支援実施の3か月後に、個別面接、グループ面接、電話や電子メール等により、身体状況や生活習慣に変化が見られたかどうかについて確認します。

② 実施場所

実施場所は、八戸市と委託契約を結んだ医療機関等の保健指導実施機関とします。

なお、令和5年度は八戸市総合健診センターで実施しています。

③ 案内方法

対象者に対し、特定健康診査受診日当日に案内、または利用券等を郵送し、会場と日時を案内します。

④ 費用負担

特定保健指導（動機付け支援）に伴う自己負担は徴収しないこととします。

(2)-3 積極的支援

① 実施内容

対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣改善のための自主的な取組を継続的に行うことができるようになることを目的に、医師、保健師または管理栄養士が、面接により、生活習慣改善のための行動計画の作成について指導を行い、対象者が主体的に取り組むことができるように継続的な支援を行うとともに、生活習慣改善状況等の評価を行います。

ア) 初回面接

1人20分以上の個別面接または1グループ（概ね8名以内）概ね80分以上のグループ面接により、支援を行います。

イ) 3か月以上の継続的な支援及び中間評価

初回面接後、3か月以上継続的に、個別面接、グループ面接、電話や電子メール等により支援を行います。

その際、次表「継続的な支援のポイント構成」に基づくアウトカム評価とプロセス評価を合計し、180ポイント（p）以上の支援を実施することとします。ただし、2年連続して積極的支援に該当した対象者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している者については、動機付け支援相当の支援として180p未満でも特定保健指導を実施したこととします。

【継続的な支援のポイント構成】

アウトカム評価	腹囲2.0cm以上かつ 体重2.0kg以上減少※1		180p
	腹囲1.0cm以上かつ 体重1.0kg以上減少		20p
	食習慣の改善		20p
	運動習慣の改善		20p
	喫煙習慣の改善(禁煙)		30p
	休養習慣の改善		20p
	その他の生活習慣の改善		20p
プロセス評価	支援種別	個別支援※2	支援1回当たり70p 支援1回当たり最低10分以上
		グループ支援※2	支援1回当たり70p 支援1回当たり最低40分以上
		電話	支援1回当たり30p 支援1回当たり最低5分以上
		電子メール等	支援1往復当たり30p 1往復＝特定保健指導実施者と積極的支援対象者の間で支援に必要な情報の共有を図ることにより支援を完了したと当該特定保健指導実施者が判断するまで、電子メール等を通じて支援に必要な情報のやりとりを行うことをいう。
	早期実施	健診当日の 初回面接	20p
		健診後1週間以内の 初回面接	10p

※1 当該年度の特定健康診査の結果に比べて腹囲2.0cm以上かつ体重2.0kg以上減少している場合（又は当該年度の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重（kg）以上かつ同体重（kg）と同じ値の腹囲（cm）以上減少している場合）

※2 情報通信技術を活用した支援を含む。

ウ) 最終評価

初回面接実施の3か月以上後に、個別面接、グループ面接、電話や電子メール等により、身体状況や生活習慣に変化が見られたかどうかについて確認します。

② 実施場所

実施場所は、八戸市と委託契約を結んだ医療機関等の保健指導実施機関とします。

なお、令和5年度は八戸市総合健診センターで実施しています。

③ 案内方法

対象者に対し、特定健康診査受診日当日に案内、または利用券等を郵送し、会場と日時を案内します。

④ 費用負担

特定保健指導（積極的支援）に伴う自己負担は徴収しないこととします。

4 実施スケジュール

特定健康診査・特定保健指導ともに通年で実施します。

VII その他

1 データヘルス計画の評価・見直し

個別の保健事業については、毎年度実施状況の確認を行い、必要に応じて翌年度の実施内容を見直すほか、令和8年度に、KDB等を活用し可能な限り数値を用いて計画の中間点検・評価を行います。

実施状況の確認及び評価に当たっては、被保険者、(一社)八戸市医師会・(一社)八戸歯科医師会・(一社)八戸市薬剤師会、被用者保険、外部有識者で構成する八戸市国民健康保険運営協議会から意見を伺うなど、客観性を確保しながら、計画の適切な進捗管理に努めます。

計画の見直しについては、中間点検・評価に基づき目標値等を見直しを実施しながら、令和11年度に計画全体の見直しを行い、令和12年度以降の次期計画の策定につなげていきます。

2 計画の公表・周知

本計画は、国民健康保険法に基づく保健事業の実施に関する指針及び高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項の規定に基づき、八戸市のホームページ等において公表し、被保険者や関係機関等への周知を図ります。

3 個人情報の取扱い

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5月30日法律第57号）及びこれに基づくガイドライン、八戸市個人情報の保護に関する法律施行条例（令和5年3月24日八戸市条例8号）等を踏まえた対応を行うとともに、被保険者の利益を最大限に保障するため個人情報の保護に十分配慮しつつ、効果的・効率的な保健事業を実施する立場から、収集した個人情報を有効に活用します。

また、保健事業を外部に委託する場合は、「個人情報取扱特記事項」により、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理していきます。

4 地域包括ケアシステムに係る取組み

市町村国保は介護サービスを利用する被保険者が多いことから、地域包括ケアシステム（医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される体制）を構築するための課題について、情報を共有・交換する場に国保保険者として参加することにより、地域で被保険者を支える連携の促進を図ります。

5 記録の保存

レセプトデータや特定健康診査結果データ等については、青森県国民健康保険団体連合会で原則として5年間保管します。

第 2 期データヘルス計画
第 3 期特定健康診査等実施計画
保健事業実績一覧

(1)特定健康診査及び特定保健指導の推進

※網掛けは、令和4年度時点目標達成

事業名	アウトプット目標値（5年度）	アウトプット実績	アウトカム目標値（5年度）	アウトカム実績
特定健康診査事業	特定健診受診率60%以上 30年度目標：35% 元年度目標：40% 2年度目標：45% 3年度目標：50% 4年度目標：55%	・30年度特定健診受診率：32.3% ・元年度特定健診受診率：31.5% ・2年度特定健診受診率：28.1% ・3年度特定健診受診率：28.5% ・4年度特定健診受診率：31.2%	メタボ及び予備群該当率15%以下 生活習慣病の医療費割合20%以下 LDLコレステロール160mg/dl以上の割合：男性6.1%以下、女性7.9%以下 HDLコレステロール40mg/dl以下の割合：男性11.4%以下、女性3.3%以下 HbA1cがNGSP値8.4%以上の者の割合：男性2.1%以下、女性1.0%以下、全体1.4%以下	・30年度：22.0% ・元年度：22.5% ・2年度：23.6% ・3年度：23.8% ・4年度：24.5% ※1 ・30年度：18.1% ・元年度：17.2% ・2年度：17.2% ・3年度：16.9% ・4年度：16.2% ※2 ・30年度：男性8.6%、女性12.3% ・元年度：男性8.0%、女性11.6% ・2年度：男性8.8%、女性12.5% ・3年度：男性9.3%、女性13.5% ・4年度：男性9.8%、女性13.4% ※3 ・30年度：男性6.8%、女性1.0% ・元年度：男性5.7%、女性0.8% ・2年度：男性4.8%、女性0.7% ・3年度：男性4.9%、女性0.9% ・4年度：男性5.3%、女性0.8% ※4 ・30年度：男性1.1%、女性0.6%、全体0.8% ・元年度：男性1.3%、女性0.6%、全体0.9% ・2年度：男性1.0%、女性0.8%、全体0.9% ・3年度：男性1.2%、女性0.6%、全体0.9% ・4年度：男性1.1%、女性0.5%、全体0.8% ※5
特定保健指導事業	特定保健指導実施率60%以上 30年度目標：40% 元年度目標：44% 2年度目標：48% 3年度目標：52% 4年度目標：56%	・30年度特定保健指導実施率：40.1% ・元年度特定保健指導実施率：36.8% ・2年度特定保健指導実施率：30.8% ・3年度特定保健指導実施率：29.6% ・4年度特定保健指導実施率：26.3%	メタボ及び予備群該当率15%以下 生活習慣病の医療費割合20%以下	※1と同じ ※2と同じ
国保人間ドック事業	人間ドック受診率30%以上 特定健診受診率60%以上 30年度目標：35% 元年度目標：40% 2年度目標：45% 3年度目標：50% 4年度目標：55%	・30年度：22.7% ・元年度：22.4% ・2年度：20.6% ・3年度：21.2% ・4年度：24.0% ・30年度特定健診受診率：32.3% ・元年度特定健診受診率：31.5% ・2年度特定健診受診率：28.1% ・3年度特定健診受診率：28.5% ・4年度特定健診受診率：31.2%	生活習慣病の医療費割合20%以下 LDLコレステロール160mg/dl以上の割合：男性6.1%以下、女性7.9%以下 HDLコレステロール40mg/dl以下の割合：男性11.4%以下、女性3.3%以下 HbA1cがNGSP値8.4%以上の者の割合：男性2.1%以下、女性1.0%以下、全体1.4%以下	※2と同じ ※3と同じ ※4と同じ ※5と同じ
特定健康診査・国保人間ドック制度周知事業	広報実施回数29年度並み以上	(29年度:8種類) 30年度：7種類 元年度：7種類 2年度：4種類 3年度：3種類 4年度：3種類実施 ・広報はちのへ特集記事掲載 ・国保被保険者証更新時に案内を同封 ・健康カレンダーの作成・全戸配布（健康づくり推進課） ※健康づくり推進課が行っていた町内会への健診日より配布及び保健推進員による周知・受診勧奨は、新型コロナウイルスの流行の影響により2年度以降中止 ※例年11月に行っていた国保税収納率向上及び健診受診率向上キャンペーンは3年度中止。4年度以降は国保加入者の減少等により当該キャンペーンは終了となった。	特定健診受診率60%以上 30年度目標：35% 元年度目標：40% 2年度目標：45% 3年度目標：50% 4年度目標：55%	・30年度特定健診受診率：32.3% ・元年度特定健診受診率：31.5% ・2年度特定健診受診率：28.1% ・3年度特定健診受診率：28.5% ・4年度特定健診受診率：31.2% ※6
特定健康診査・国保人間ドック受診勧奨事業（ハガキ）	送付回数年1回	30年度：平成30年11月21日送付（18,972件） 元年度：令和元年9月26日送付（22,868件） 2年度：令和2年8月21日送付（24,837件） 3年度：2回（令和3年9月1日（25,756件）、令和4年1月12日（7,184件）の2回実施 4年度：3回（令和4年6月14日（25,000件）、令和4年9月20日（10,000件）、令和5年1月10日（5,013件）の3回実施） ※3年度より直営による実施から業務委託に変更。（AI活用による対象者抽出等）	特定健診受診率60%以上 30年度目標：35% 元年度目標：40% 2年度目標：45% 3年度目標：50% 4年度目標：55%	※6と同じ
特定健康診査・国保人間ドック受診勧奨事業（電話）	勧奨実施率70%以上	・30年度：68.2% ・元年度：62.3% ・2年度：67.6% ・3年度：93.2% ・4年度：91.7% ※3年度以降は直営による電話勧奨を取りやめ、健診センターへの委託のみ実施	特定健診受診率60%以上 30年度目標：35% 元年度目標：40% 2年度目標：45% 3年度目標：50% 4年度目標：55%	※6と同じ
土・日曜日健康診査実施事業	実施回数：年2回以上 受診者数：1回あたり40人	・30年度：2回、総計73人 ・元年度：2回、総計58人 ・2年度：2回、総計36人 ・3年度：2回、総計52人 ・4年度：2回、総計28人	特定健診受診率60%以上 30年度目標：35% 元年度目標：40% 2年度目標：45% 3年度目標：50% 4年度目標：55%	※6と同じ
元気応援！お得意さん事業	クーポン利用率15%以上	・30年度：7.8%（利用件数1,003件÷受診者数12,924人） ・元年度：7.5%（911件÷12,155人） ・2年度：5.5%（581件÷10,501人） ・3年度：7.5%（796件÷10,558人） ・4年度：7.9%（887件÷11,260人）	特定健診受診率60%以上 30年度目標：35% 元年度目標：40% 2年度目標：45% 3年度目標：50% 4年度目標：55%	※6と同じ

(2)生活習慣病の発症予防及び早期発見・重症化予防等の推進

事業名	アウトプット目標値（5年度）	アウトプット実績	アウトカム目標値（5年度）	アウトカム実績
看護師による早期受診・重症化予防のための訪問指導事業	早期受診勧奨対象者への指導実施率100%	【要精検（D判定）対象者】 ・30年度：100%（指導実施者数420人÷対象者数420人） ・元年度：100%（386人÷386人） ・2年度：100%（319人÷319人） ・3年度：100%（298人÷298人） ・4年度：100%（344人÷344人） 【再検査（C6判定）対象者】（※7） ・3年度：100%（290人÷290人） ・4年度：100%（307人÷307人）	早期受診勧奨訪問による医療機関受診率30%以上	・30年度：33.4% ・元年度：34.7% ・2年度：29.8% ・3年度：34.6% ・4年度：30.9%
	生活習慣改善指導対象者への指導実施率100%	・30年度：98.2%（指導実施者数1,215人÷対象者数1,237人） ・元年度：100%（1,031人÷1,031人） ・2年度：100%（881人÷881人） ・3年度：100%（895人÷895人） ・4年度：100%（836人÷836人）		
栄養士による重症化予防のための訪問指導事業	指導実施率80%以上	・30年度：68.3%（指導実施者数796人÷対象者数1,166人） ・元年度：84.6%（593人÷701人） ・2年度：100%（1,267人÷1,267人） ・3年度：100%（1,721人÷1,721人） ・4年度：100%（1,611人÷1,611人）	服薬中で受診勧奨域である者の割合30%以下	・30年度：40.3% ・元年度：21.6% ・2年度：34.1% ・3年度：38.4% ・4年度：38.5%
糖尿病重症化予防事業	早期受診勧奨実施率100%	【未治療者】※令和元年度から実施 ・元年度：100%（対象者15人） ・2年度：100%（対象者13人） ・3年度：100%（対象者14人） ・4年度：100%（対象者17人） 【治療中断者】 ・30年度：100%（対象者55人） ・元年度：100%（対象者32人） ・2年度：100%（対象者26人） ・3年度：100%（対象者18人） ・4年度：100%（対象者11人）	早期受診勧奨による精密検査検査受診率30%以上	・元年度：87%（精密検査受診13人） ・2年度：54%（精密検査受診7人） ・3年度：57%（精密検査受診8人） ・4年度：41%（精密検査受診7人） （すべて令和5年11月末現在）
			早期受診勧奨による治療再開率30%以上	・30年度：64%（治療再開35人） ・元年度：59%（治療再開19人） ・2年度：50%（治療再開13人） ・3年度：56%（治療再開10人） ・4年度：9%（治療再開1人） （すべて令和5年11月末現在）
			保健指導実施者のHbA1c数値改善率20%以上	・30年度治療中断者：75%（数値改善者3人÷医師助言に基づく保健指導実施者4人） ・元年度未治療者：100%（1人÷1人） ・元年度治療中断者：100%（1人÷1人） ・2年度未治療者：100%（1人÷1人） ・2年度治療中断者：100%（1人÷1人） ・3年度未治療者：対象者なし ・3年度治療中断者：100%（1人÷1人） ・4年度未治療者：1人保健指導実施中 ・4年度治療中断者：対象者なし （すべて令和5年11月末現在）

※7 令和2年度からC6判定（要再検）が導入されたことに伴い、特定健診受診月から3か月経過した後も中性脂肪及びLDLコレステロールの値がC6判定であるにもかかわらず、医療機関からC6判定と診断された検査項目の診療に係るレポートが提出されない者を対象とする訪問指導を開始した。

(3)医療費適正化の推進

事業名	アウトプット目標値(5年度)	アウトプット実績	アウトカム目標値（5年度）	アウトカム実績
重複・頻回受診者等に対する適正受診の訪問指導事業	指導実施率85%以上	・30年度：93.6%（指導実施者数282人÷対象者数301人） ・元年度：100%（203人÷203人） ・2年度：100%（134人÷134人） ・3年度：100%（188人÷188人） ・4年度：100%（102人÷102人）	訪問者の適正化率60～65%以上	・30年度：52.1%（指導実施者282人のうち、147人が改善済または改善意欲有） ・元年度：36.0%（指導実施者203人のうち、73人が改善済または改善意欲有） ・2年度：35.8%（指導実施者134人のうち、48人が改善済または改善意欲有） ・3年度：28.7%（指導実施者188人のうち、54人が改善済または改善意欲有） ・4年度：41.2%（指導実施者102人のうち、42人が改善済または改善意欲有）
ジェネリック医薬品利用差額通知交付事業	通知回数年2回	年2回	ジェネリック医薬品使用割合（数量シェア）：令和5年度末80%以上	・30年度：80.3% ・元年度：82.5% ・2年度：83.8% ・3年度：82.9% ・4年度：84.5% （各年度3月末現在）

(4)健康意識の向上

事業名	アウトプット目標値（5年度）	アウトプット実績	アウトカム目標値（5年度）	アウトカム実績
健康まつり事業	来場者数4,000人以上	・30年度：1,400人 ・元年度：2,000人 ・2年度：（集計実施せず） ・3年度：367人 ・4年度：1,062人 ※2年度～4年度は新型コロナウイルスの流行により、健康パネル展として開催した。2年度は来場者数の集計は実施しなかった。	健康意識の向上率：90%以上（来場者アンケート）	・30年度：88.2% ・元年度：90.3% ※2年度～4年度はアンケート実施なし。
市民健康づくり講座事業	実施回数：年7回程度	・30年度：7回646人 ・元年度：6回484人 ・2年度：4回95人 ・3年度：5回73人（他オンデマンド1回申込者17人） ・4年度：7回192人（他オンデマンド3回申込者16人） ※新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため実施回数減。 ※オンデマンド配信の人数は申込者のみ（申込者の家族や職場の同僚の人数は把握していない。）	健康意識の向上率：90%以上（受講者アンケート）	・30年度：89.7% ・元年度：89.7% ・2年度：87.1% ・3年度：88.3% ・4年度：88.6%
各地区健康教室事業	実施回数：190回程度	・30年度：199回5,472人 ・元年度：178回4,667人 ・2年度：12回273人 ・3年度：37回911人 ・4年度：53回1,104人 ※新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、実施回数減。	健康意識の向上（受講者アンケート）	・30年度：96.6% ・元年度：94.7% ・2年度：96.0% ・3年度：96.8% ・4年度：98.7%
国保市民保養所宿泊料一部負担事業	延べ宿泊人数1,300人以上	・30年度：817人 ・元年度：759人 ・2年度：383人 ・3年度：369人 ・4年度：391人	健康意識の向上	指標なし