



(1) 特定健康診査受診率向上対策事業

取り組み	
1	40～50歳代未受診者への受診勧奨
2	70～74歳の未受診者への受診勧奨
3	ワンコイン受診
4	若年集団健康診査
5	受診者への健診データと生活改善アドバイスの全数通知
6	未受診者はがき勧奨
7	人間ドックや事業者健診等のデータ取り込み <small>人間ドックや職患健診等の結果を特定健診受診率として取り込む かかりつけ医で実施された検査結果を特定健診受診率として取り込む</small>

(2) 特定保健指導実施率向上対策事業

取り組み	
1	積極的支援完了率の維持・向上
2	行動目標達成促進のためのインセンティブ
3	ICTを利用した保健指導の実施
4	特定保健指導利用勧奨
5	運動習慣促進支援
6	集団支援

(3) 重症化予防対策事業

取り組み	
1	要医療者への受診勧奨
2	血圧・血糖のハイリスク者への保健指導

(4) 糖尿病性腎症重症化予防対策事業

取り組み	
1	糖尿病性腎症重症化予防
2	糖尿病治療中断者への治療継続支援
3	糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)の予防に資するヘルスセミナー

(5) その他の事業

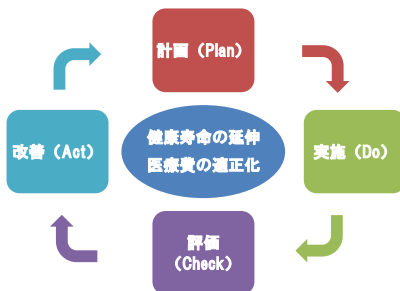
取り組み	
1	人間ドック助成事業 → 結果受領することで、特定健診受診率向上を目指し、必要に応じ、保健指導等へつなげていく。
2	健康教育事業 → 健康・病気に対する理解を深めるための教育、相談事業を行い市民のセルフケア能力を高める。
3	重複頻回受診者訪問事業・適正服薬推進セミナー事業 → 受診や服薬等について保健指導等を実施し、適正服薬、適正受診を促進する。
4	その他関係部署・機関との連携事業 → ・被保険者の健康増進のため、国民健康保険担当課として、地域包括ケアシステムに資する地域ネットワークへの協力、参加 ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施により、フレイル予防等に関して、関係部署や医師会、薬剤師会との連携を図る。

* 不明な用語は本編を参照してください。

評価

計画の評価・見直し

中間評価を令和8年度に行い、最終年度となる令和11年度に本計画に掲げた目標の達成状況を評価し、PDCAサイクル(右図)に沿って、計画の見直しを行う。



【図】保健事業のPDCAサイクル



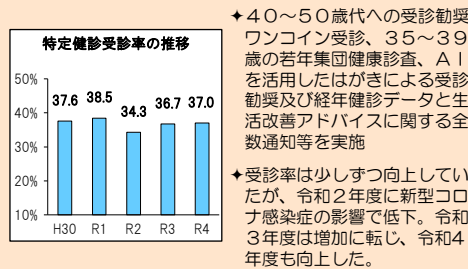
鎌ヶ谷市では、「健康寿命の延伸」と「医療費の適正化」を目指して、国民健康保険の被保険者を対象とした保健事業を実施してきました。鎌ヶ谷市国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)第2期に掲げた目標の達成状況や課題を踏まえ、保健事業をより一層効果的に実施し、その評価を行うため、PDCAサイクル(P4図)に沿って、第3期となる同計画を策定しました。

また、厚生労働大臣が定める「保健事業実施指針」において「可能な限り国民健康保険保健事業実施計画と特定健康診査等実施計画を一体的に策定することが望ましいこと」とされていることから、「鎌ヶ谷市国民健康保険特定健康診査等実施計画(第4期)」と一体的に策定をしています。

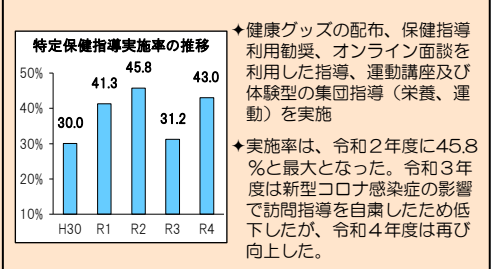
データヘルス計画第2期のまとめ

*実施した保健事業

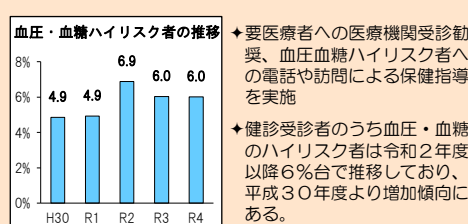
(1) 特定健康診査受診率向上対策事業



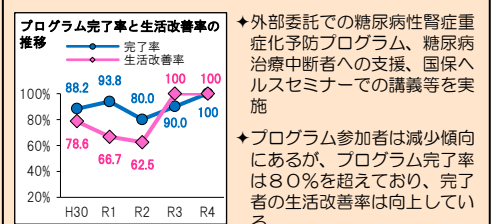
(2) 特定保健指導実施率向上対策事業



(3) 重症化予防対策事業



(4) 糖尿病性腎症重症化予防対策事業



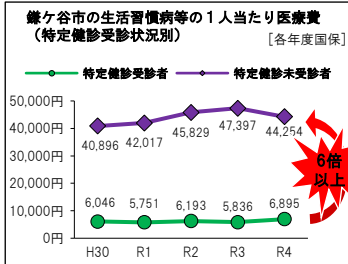
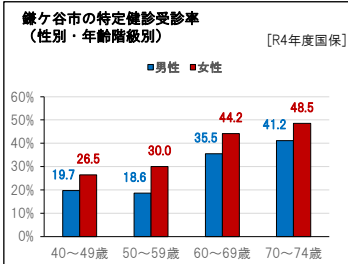
(5) その他の事業

人間ドック等助成事業	健康教育事業	重複頻回受診者訪問事業	その他関係部署・機関との連携事業
◆受診券に人間ドック等助成事業の案内文を同封 ◆申請を促すはがきを送付 (特定健診受診者数に占める人間ドック受検者は、約1割となっている。)	◆窓口で健診・検診についてのチラシ等を配布 ◆市民ホールで健康パネルの展示、健康測定、シール投票等参加型のイベントを実施	◆保健師の訪問活動により、情報提供や指導を実施 ◆令和4年度は船橋薬剤師会と連携し、「おくすりセミナー」を開催	◆高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施のため、関係部署や医師会等と連携

▶本計画は、主に国保データベースシステム※及び鎌ヶ谷市が集計している国民健康保険の概要から、国民健康保険被保険者(国保)のデータを集計することで作成しています。

※医療・特定健康診査・介護のデータが紐づけられ、統一された指標・基準で全国や千葉県、同規模の市町村と比較することができるシステム

(1) 特定健康診査受診率向上対策事業



分析と課題

- 40~59歳の特定健康診査受診率が低く、また、どの年代においても男性の受診率が低い。
- 1人当たり医療費は年齢が上がるとともに増加している。
- 特定健康診査の未受診者は、受診者と比べて生活習慣病等の1人当たり医療費が約6倍高い。

⇒早期から受診勧奨し、健診結果から自身の健康状態を把握し、生活習慣病予防や早期発見に努める必要がある。

主な取り組み

- 40~50歳代未受診者への受診勧奨**
 - 専門職による電話及び訪問による情報提供と受診勧奨を実施する。
 - はじめて特定健康診査対象となる40歳には勧奨ががきを送付する。
- ワンコイン受診**
 - 連続受診者又は40歳の者は、自己負担1,000円の健診費用を500円に軽減する。
- 若年集団健康診査**
 - 特定健康診査対象年齢前の35~39歳の者に対し、市内で集団健康診査を実施する。
- 健診データと生活改善アドバイス全歌通知**
 - 受診者へ経年健診データと生活改善アドバイスに関する通知を実施する。

主な評価指標

特定健康診査受診率 **4.4%**
(現状 R4 : 37.0%)

R6	R7	R8	R9	R10	R11
39%	40%	41%	42%	43%	44%



目的

健康寿命の延伸
(平均自立期間)

目標 男女ともに延伸

参考 R3 男性80.4歳
女性84.5歳

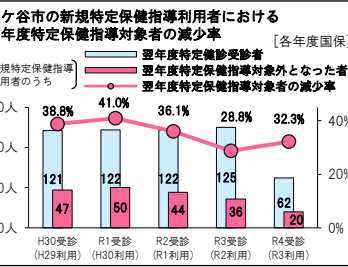
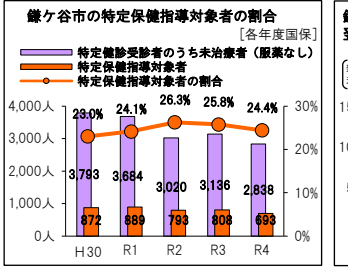
*平均自立期間:「日常生活動作が自立している期間(介護保険の要介護2未満)の平均」

医療費の適正化

目標 1人当たりの年間医療費平均伸び率の減少

参考 H24~27 3.8%
H28~31 1.9%
R2~4 3.1%
※R5未算定のため3年間平均

(2) 特定保健指導実施率向上対策事業



分析と課題

- メタボリックシンドローム該当者及び特定保健指導対象者の割合は経年的に増加傾向にある。
- 新規特定保健指導利用者における翌年度特定保健指導対象者の減少率は30~40%となっている。

⇒特定保健指導を充実させ、行動変容等を促し、特定保健指導実施率を向上させる必要がある。また、改善率の高い新規特定保健指導利用者に対し働きかけていくことも重要である。

主な取り組み

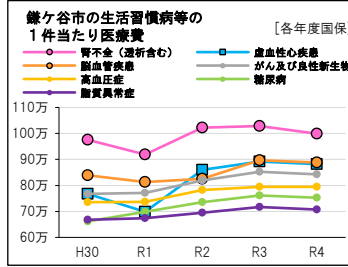
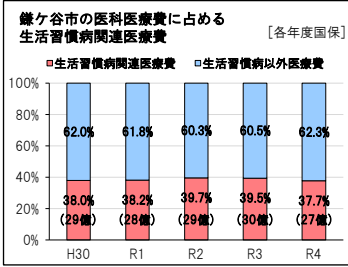
- 行動目標達成促進のためのインセンティブ**
 - 行動目標の達成促進のため、継続して実践、利用できる健康グッズ等を配付する。
- ICTを利用した保健指導の実施**
 - オンライン面談等、ICTを利用した保健指導を外部委託又は直営で実施する。
- 集団支援**
 - 生活改善の実践に結びつくよう、体験型の講座(運動講座、セミナー、調理実習等)を、初回面談と同時実施する。

主な評価指標

特定保健指導実施率 **4.9%**
(現状 R4 : 43.0%)

R6	R7	R8	R9	R10	R11
44%	45%	46%	47%	48%	49%

(3) 重症化予防対策事業



分析と課題

- 生活習慣病関連医療費は医科医療費の約4割を占める。
- 主な生活習慣病の1件当たり医療費は、増加傾向にあり、腎不全・脳血管疾患・虚血性心疾患が特に高い。
- 非メタボリックシンドロームの者のうち、血糖のみのリスク保持者が多く、特に女性が千葉県と比較して高い。

⇒重症化した生活習慣病が医療費を引き上げる一因になっており、血圧・血糖のハイリスク者に対し、重点的に指導を行うことが必要である。

主な取り組み

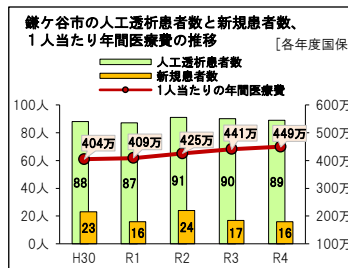
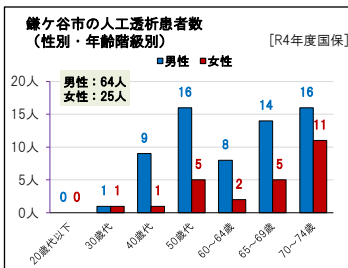
- 要医療者への受診勧奨**
 - 郵送で情報提供後、医療機関未受診者に電話で保健指導を実施。電話で確認が取れなかった者は後日追加で資料を送付する。
- 血圧・血糖のハイリスク者への保健指導**
 - 郵送で情報提供後、医療機関未受診者に電話で保健指導を実施。電話で確認が取れなかった者に対しては、訪問を実施する。
 - 福祉や介護等の支援を要する者は他機関と連携し、支援していく。

主な評価指標

健診受診者の血圧・血糖ハイリスク者出現率の減少 **6%以下**
(現状 R4 : 6.0%)

R6	R7	R8	R9	R10	R11
6%以下	6%以下	6%以下	6%以下	6%以下	6%以下

(4) 糖尿病性腎症重症化予防対策事業



分析と課題

- 人工透析患者は男性が40歳代から急増し、1人当たり年間約450万円の医療費が発生している。
- 新規人工透析患者のうち、国保に継続して加入している人は一定数いる。
- 透析導入患者の主要疾患では、糖尿病性腎症が全体の約40%を占める。

⇒糖尿病の重症化等による人工透析への移行を防止することが重要である。治療中断者への支援を含め、早期から支援を開始し、重症化を予防することが必要である。

主な取り組み

- 糖尿病性腎症重症化予防**
 - 対象者の中から保健指導効果が高いと思われる者を抽出し、重症化予防プログラムを外部委託又は直営で実施する。
- 糖尿病治療中断者への治療継続支援**
 - 対象者に対し、通知後、電話又は訪問による健診及び医療機関受診勧奨を実施する。
- 糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)の予防に資するヘルスセミナー**
 - 医師、管理栄養士等による糖尿病等に関する講演や、糖尿病合併症予防のため講演を実施する。

主な評価指標

新規人工透析患者のうち国保継続加入者割合の減少 **43.8%**
(現状 R4 : 16人中7人)

R6	R7	R8	R9	R10	R11
44%	44%	44%	44%	44%	44%

(5) その他の保健事業

- 人間ドック等助成事業
- 健康教育事業
- 重複頻回受診者訪問指導事業
- その他関係部署・機関との連携事業

※評価指標に関しては、千葉県の標準化に伴い設定された共通指標及び鎌ヶ谷市独自で設定した指標を用いています。他の指標については本編参照

データヘルス計画第3期における課題と対策