

練馬区国民健康保険 データヘルス計画

第3期

令和6(2024)年度～令和11(2029)年度

令和6(2024)年3月

練馬区

目次

練馬区国民健康保険データヘルス計画第3期は、「保健事業の実施計画（データヘルス計画）第3期」と「第4期特定健康診査等実施計画」の2つの計画を一体的に策定したものである。

第1章 基本的事項	1
1 計画の趣旨	1
2 基本情報.....	2
3 現状の整理	3
4 特定健康診査・特定保健指導制度の概要	5
第2章 これまでの取組の評価	6
1 評価の方法	6
2 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	7
3 一人当たり医療費の伸びを抑制.....	9
4 健康寿命の延伸.....	10
第3章 健康・医療情報等の分析と課題	16
1 分析に基づく健康課題の抽出	16
2 平均余命・平均自立期間等.....	17
3 医療費の分析.....	18
4 特定健康診査・特定保健指導の分析.....	31
5 レセプト・健診結果等を組み合わせた分析	41
6 介護費関係の分析	42
7 その他（後期高齢者・30歳代健診・がん検診等）.....	43
第4章 目的と目標	48
1 第2期計画からの引き継ぎ・見直し	48
2 計画全体の目的と目標の内容	49
3 （目標）特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	50
4 （目標）一人当たり医療費の伸びを抑制	51
5 （目標）平均自立期間の延伸	52
第5章 取組と個別保健事業	53
1 取組内容の見直し.....	53
2 個別保健事業	53
3 計画の全体図.....	54

取組 1 特定健康診査・特定保健指導の推進	56
事業 1 特定健康診査.....	57
事業 2 特定保健指導.....	61
取組 2 生活習慣病の重症化予防	65
事業 3 糖尿病重症化予防（医療機関受診勧奨）.....	66
事業 4 糖尿病重症化予防（個別支援）.....	68
事業 5 高血圧リスク者への医療機関受診勧奨【新規】.....	71
事業 6 生活習慣病予防の推進.....	73
取組 3 医療の適正な受診支援	75
事業 7 訪問服薬健康相談.....	76
事業 8 ジェネリック医薬品利用促進.....	79
取組 4 健康意識の向上に向けた啓発等	81
事業 9 健康情報の発信.....	82
事業 10 30歳代健康診査の受診勧奨.....	84
事業 11 後期高齢者医療制度・地域包括ケアシステムとの連携.....	85
第 6 章 その他	87
1 データヘルス計画の評価・見直し.....	87
2 データヘルス計画の公表・周知.....	87
3 個人情報の取り扱い.....	87
4 地域包括ケアに係る取組.....	87
第 7 章 特定健康診査・特定保健指導の実施内容	88
第 4 期特定健康診査等実施計画に相当する事項.....	88

【本書の注意事項】

- 1 本書に掲載している図表等は、特に記載がある場合を除き、原則として国保年金課が業務で活用している各種システム（KDB 1・sucoyaca 2等）から出力した内容を基に、区が独自に編集・加工したものであり、二次利用（加工）、引用および転載をする場合には、本書が出典元であることを明記すること。
- 2 百分率は、原則として少数点第 2 位以下を四捨五入しているため、総計が 100%にならない場合がある。
 - 1 K D B...全国の国民健康保険団体連合会が保有する健診・医療・介護の各種データを利活用して、統計情報や個人の健康に関するデータを作成し、保険者に提供されている「国保データベース」のことを指す。
 - 2 sucoyaca...K D Bを補完するシステムとして、東京都国民健康保険団体連合会が独自で運営するデータベースのことを指す。

第1章 基本的事項

1 計画の趣旨

(1) 背景と目的

生活環境の変化等に伴い、生活習慣病の患者数が増えており、それに伴い医療費に占める生活習慣病の割合も増加傾向にある。

一方で、生活習慣病は、食事や運動等の生活習慣を改善することにより発症や重症化を予防できることから、各医療保険者にとって生活習慣病対策の重要性が高まっている。

平成26年3月に改正された「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」において、保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定し、保健事業の実施・評価・改善を行うこととされた。

区は、平成28年3月に第1期のデータヘルス計画となる「練馬区国民健康保険における保健事業の実施計画」、平成30年4月に第2期の計画となる「練馬区国民健康保険データヘルス計画」を策定し保健事業の取組を行ってきた。

令和2年にデータヘルス計画の標準化等の取組の推進、令和4年には保険者共通の評価指標の設定の推進が掲げられた。区は、これらの経緯を踏まえ、「データヘルス計画」と、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく特定健康診査および特定保健指導の目標値や実施方法等を規定する「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定する。

なお、特定健康診査・特定保健指導制度の概要についてはP5を参照。

	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
根拠	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（厚生労働省告示）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条
期間	任意（規定なし） 第3期：6～11年度	6年（法定） 第4期：6～11年度
目的・内容	健康・医療情報等を活用したデータ分析に基づき、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を総合的に企画・実施および評価を行う。 【記載すべき事項】 現状分析、その結果に基づく健康課題の把握 計画全体の目標や目的の設定 保健事業の実施内容 計画の評価方法、見直し	「特定健康診査等基本指針（厚生労働省告示）」に基づき、特定健康診査および特定保健指導に関する基本的な事項を定める。 【記載すべき事項】 実施方法（健診項目、期間、委託有無等） 実施に関する具体的な目標（実施率）

(2) 計画の位置づけ

練馬区国民健康保険（以下、「国保」という。）では、被保険者の健康増進を目的に「練馬区国民健康保険データヘルス計画第3期」（以下、「データヘルス計画第3期」という。）を策定し、実施する。健康・医療情報を活用して地域の健康課題を抽出し、庁内の関連部署や地域の関係機関等と協力して健康課題の解決に努める。なお、「データヘルス計画第3期」は、区の総合計画である「第3次みどりの風吹くまちビジョン」の健康分野の個別計画として位置づけられている。

本計画では、「練馬区健康づくりサポートプラン」や「第9期練馬区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」等、区の他計画とも整合性を図る。また、国の「健康日本21（第3次）」、東京都および後期高齢者医療広域連合による関連計画との調和も図る。

(3) 計画期間

令和6年度～令和11年度

(4) 実施体制・関係者連携

庁内組織

本計画の策定および保健事業の中心的な役割を、国保担当部門（国保年金課）が担う。事業の実施にあたっては、健康づくり部門（健康推進課および各保健相談所）、高齢者福祉部門（高齢者支援課）等の関係所管と連携する。

地域の関係機関

事業の推進にあたっては、練馬区医師会、練馬区歯科医師会および練馬区薬剤師会と連携・協力する。また、「練馬区がん検診・生活習慣病対策検討委員会」において、専門分野の医師や学識経験者等からの助言を受ける。

2 基本情報

(1) 人口・被保険者（被保険者等に関する基本情報）（令和5（2023）年3月31日現在）

	全体	%	男性	%	女性	%
人口（人）	739,757		357,914		381,843	
国保加入者合計	129,912	100%	63,634	100%	66,278	100%
0～39歳	39,647	31%	20,263	32%	19,384	29%
40～64歳	47,958	37%	24,833	39%	23,125	35%
65～74歳	42,307	33%	18,538	29%	23,769	36%
平均年齢	49.9歳		48.8歳		51.0歳	

表中の百分率は、小数点以下を四捨五入しているため、総計が100%にならない。

(2) 地域の関係機関(計画の実行性を高めるために連携・協力する地域関係機関の情報)

保健医療関係団体

特定健康診査、特定保健指導、生活習慣病重症化予防、重複・頻回受診者訪問指導事業等に関して、練馬区医師会、練馬区歯科医師会、練馬区薬剤師会と連携を図る。

東京都国民健康保険団体連合会・国民健康保険中央会

特定健康診査・特定保健指導のデータに関して連携する。

後期高齢者医療広域連合

前期高齢者と後期高齢者医療制度のデータ連携や、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施(高齢者みんな健康プロジェクト)において連携して実施する。

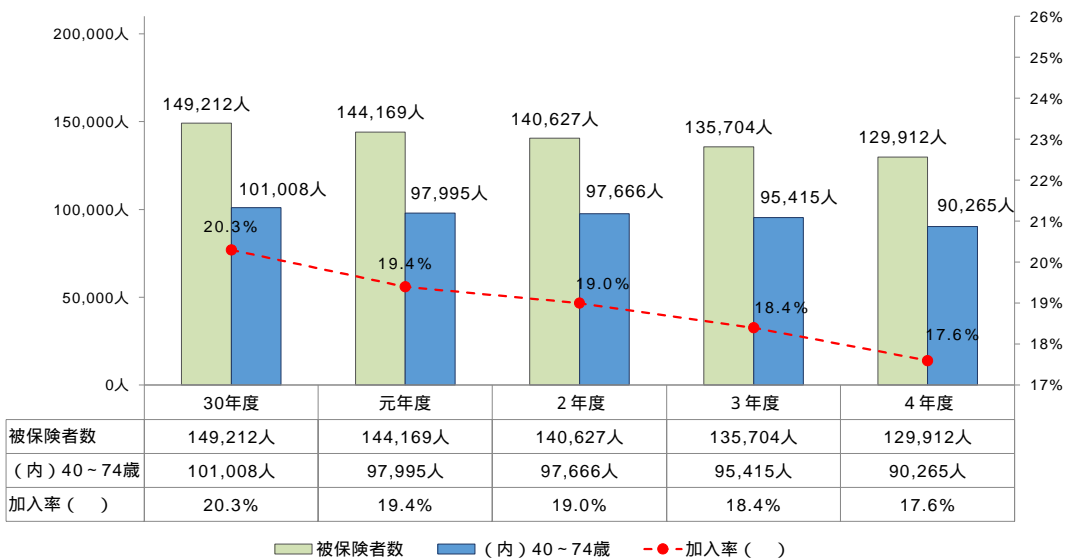
3 現状の整理

(1) 保険者の特性

被保険者数の推移

令和4年度の国保の被保険者数は129,912人であり、平成30年度の149,212人から年々減少傾向にある。

【図表】被保険者数の推移

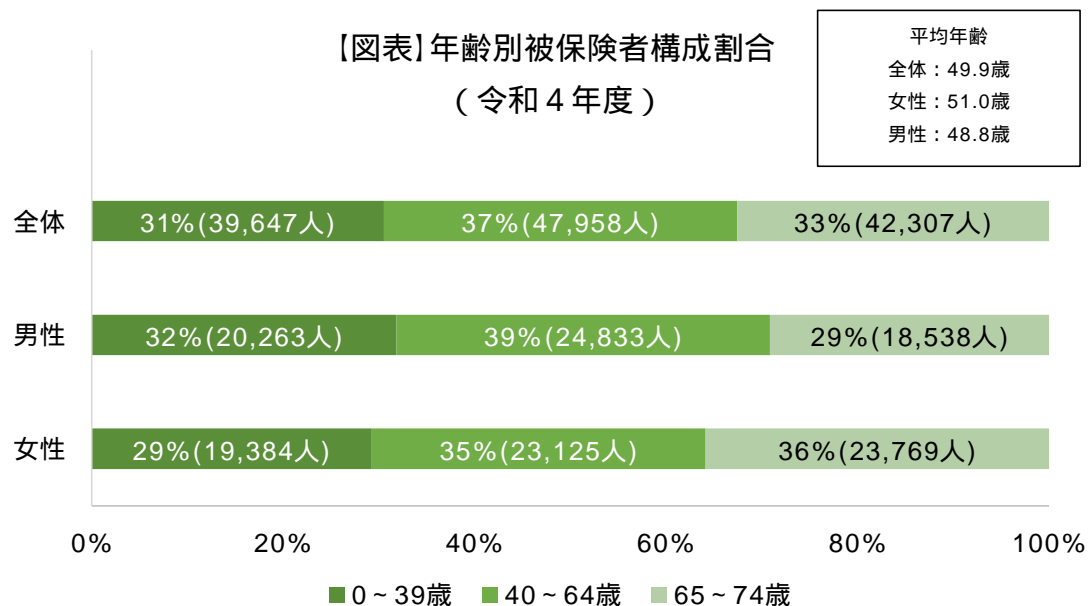


加入率は、練馬区の人口に占める国民健康保険被保険者の割合

【出典】「ねりまの国保 令和5年度版」

国保年齢別被保険者構成割合

39歳以下が31%、40-64歳が37%、65-74歳が33%であり、平均年齢は49.9歳である。



その他

国保加入率は17.6%であり、平成30年度の20.3%から年々減少傾向である。

4 特定健康診査・特定保健指導制度の概要

(1) 特定健康診査とは

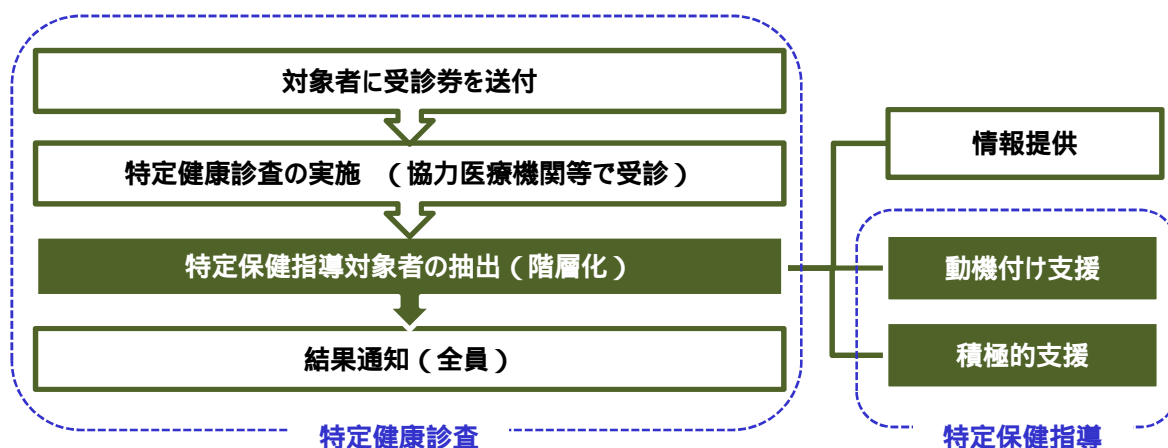
特定健康診査とは、高齢者の医療の確保に関する法律第20条に基づき、医療保険者（国保・各被用者保険）が、40歳から74歳までの加入者を対象として、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防するため、メタボリックシンドロームに着目し、特定保健指導を必要とする者を的確に抽出することを目的とした健康診査である。

(2) 特定保健指導とは

特定保健指導とは、高齢者の医療の確保に関する法律第24条に基づき、特定健康診査の結果から、メタボリックシンドロームのリスク（腹囲またはB I）が基準値を超えた者について、追加リスク（血糖・脂質・血圧・喫煙）の数に基づいて保健指導の区分を決定（階層化）し、生活習慣の改善に向けた支援を実施するものである。

特定保健指導は、リスクが低い場合に「動機付け支援」、リスクが高い場合に「積極的支援」を実施する。

(3) 特定健康診査・特定保健指導の流れ



(4) 実施方法等の詳細（第4期特定健康診査等実施計画として定めるもの）

特定健康診査・特定保健指導は、関係法令等に基づき実施する。実施方法等の詳細は、別途記載する（P88以降参照）。なお、別途記載する実施方法等の詳細は、高齢者の医療の確保に関する法律および特定健康診査等基本方針に基づく「第4期特定健康診査等実施計画」に相当するものである。

第2章 これまでの取組の評価

1 評価の方法

(1) 目標および取組の評価と評価区分

第2期のデータヘルス計画では3つの目標（「特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上」、「一人当たり医療費の伸びを抑制」、「健康寿命の延伸」）を定め、それぞれに目標値を設定している。

また、目標を達成するための3つの取組と、それに紐付く保健事業についても令和5年度の目標値を設定している。

評価区分は、「A（目標以上に進んだもの）」「B（目標値を達成したもの）」「C（目標の達成が困難であるもの）」の3段階として、計画の目標ごと、取組事業の指標ごとに評価を行っている。

第2期のデータヘルス計画の最終年度である令和5年度に評価を行うことから、令和4年度末時点での取組実績により評価し、評価は計画期間における総合評価としている。

区分	評価内容	主な判断基準
A	目標以上に進んだもの	令和5年度目標値を達成するとともに、目標を超えた成果があったもの
B	目標値を達成したもの	令和5年度の目標値どおりに達成、または令和4年度時点では未達成であるが令和5年度に目標値の達成が見込まれるもの
C	目標の達成が困難であるもの	令和5年度目標値の達成が困難であるもの

(2) 新型コロナウイルス感染症拡大による影響

新型コロナウイルス感染症拡大により、令和元年度から2年度にかけて特定健康診査や特定保健指導における受診率等の低下や、医療機関の受診控えによる一人当たり医療費などが抑制された。3年度にはコロナ禍の影響から回復傾向に転じたものの、反動による医療費の伸びや低下した受診率が戻らないなど計画目標値への影響は大きかった。

(3) 前期計画等に係る考察

第2期のデータヘルス計画においては、「特定健康診査・特定保健指導の実施率向上」「一人当たり医療費の伸びを抑制」「健康寿命の延伸」を目標として取り組んだ。

前期計画において、目標値を達成できなかったことから、データヘルス計画第3期においては、さらなる取組の推進を図る必要がある。

2 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上

目標値

令和5年度までに、特定健康診査の実施率を50%にする

令和2年度に実施した中間評価により、3年度以降の特定健康診査の目標実施率を変更

特定健康診査実施率

	30年度	元年度	2年度	3年度	4年度	5年度	評価
各年度の目標値	45%	50%	50%	45%	48%	50%	C
実績	42.3%	42.2%	38.8%	42.2%	42.5%		
目標値と実績の差	2.7	7.8	11.2	2.8	5.5		

【考察】

当初、実施率の目標値を60%として設定したが、実施率は42%台で推移していたことから中間評価において見直しを行い、令和5年度の目標値を50%に設定した。

新型コロナウイルス感染症の拡大により、令和2年度は健診実施期間の変更や、受診控え等も影響し38.8%に低下した。令和3年度にコロナ禍前の実施率まで回復するとともに、令和4年度は42.5%まで実施率の上昇が見られた。

目標値

令和5年度までに、特定保健指導の実施率を25%にする

令和2年度に実施した中間評価により、3年度以降の特定保健指導の目標実施率を変更

特定保健指導実施率

	30年度	元年度	2年度	3年度	4年度	5年度	評価
各年度の目標値	30%	35%	40%	20%	23%	25%	C
実績	18.8%	13.4%	20.4%	18.5%	16.4%		
目標値と実績の差	11.2	21.6	19.6	1.5	6.6		

【考察】

当初、実施率の目標値を60%として設定したが、実施率は20%を割り込む値で推移しており、目標値と大きな乖離があったことから中間評価において見直しを行い、令和5年度の目標を25%に設定した。

新型コロナウイルス感染症の拡大により、令和元年度は保健指導の終了時期が遅れ、元年度の実績分が令和2年度の実績に回ったケースが多くあった。その結果、令和元年度が13.4%と低い状況であった反面、令和2年度の実績が大きく上昇し20%を超えた。

令和3年度には、コロナ禍前の実施率と同程度だったが、令和4年度は委託事業者の変更に伴い保健指導の開始時期が遅れたことも影響した。

3 一人当たり医療費の伸びを抑制

目標値

令和5年度の「一人当たり医療費」について、対28年度比の伸び率を10%増に抑制する

	29年度	30年度	元年度	2年度	3年度	4年度	5年度	評価
各年度の目標値	1.4%増	2.8%増	4.2%増	5.6%増	7.0%増	8.4%増	10%増	C
実績	2.6%増	2.6%増	5.1%増	2.7%増	13.6%増	15.8%増		
目標値と実績の差	1.2	0.2	0.9	2.9	6.6	7.4		
一人当たり医療費 【目標】(円)	309,600	313,875	318,149	322,424	326,698	330,973	335,858	
一人当たり医療費 【実績】(円)	313,212	313,294	320,914	313,445	346,707	353,634		

平成28年度の一人当たり医療費は305,326円

【考察】

一人当たり医療費は令和5年度の対28年度比の伸び率を10%増に抑制することを目標として取り組んできた。

計画当初は、年度の目標に対して実績が概ね近い値で推移していたが、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の拡大により医療機関の受診控えがあり、一人当たり医療費が減少に転じた。

令和3年度はコロナ禍が落ち着き、前年の受診控えの反動により一人当たり医療費は、前年度から33,262円の大幅な増加となった。令和4年度も同様の傾向が続き、一人当たり医療費は前年度から6,927円の増加となった。

4 健康寿命の延伸

当初の
目標値

令和5年度の「65歳健康寿命（*）」について、男性は81.68歳（27年度実績から+0.56歳）、女性は83.24歳（27年度実績から+0.77歳）を目指す

（*）65歳健康寿命（東京保健所長会方式）とは、65歳の人、何らかの障害のために要介護認定を受けるまでの状態を健康と考え、その障害のために認定を受ける年齢を平均的に表したもの。65歳健康寿命は「要支援1」と「要介護2」の認定を受けるそれぞれの時点で計算されているが、本計画では「要支援1」の認定を受けた時点の年齢を指標としている。

	28年度	29年度	30年度	元年度	2年度	3年度	…	5年度	評価	
目標値	(年度ごとの目標値は設定していない)							…	男性 81.68 歳 女性 83.24 歳	C
実績[男性]	81.15 歳	81.15 歳	81.23 歳	81.25 歳	81.39 歳	81.39 歳	…			
実績[女性]	82.60 歳	82.58 歳	82.71 歳	82.70 歳	82.80 歳	82.80 歳	…			
延伸年数 (対27年度比)	男性+0.03 女性+0.13	男性+0.03 女性+0.11	男性+0.11 女性+0.24	男性+0.13 女性+0.23	男性+0.27 女性+0.33	男性+0.27 女性+0.33	…	男性+0.56 女性+0.77		

平成27年度の65歳健康寿命は、男性81.12歳、女性82.47歳
令和4年度実績は令和6年6月以降公表予定

65歳健康寿命(歳) = 65歳 + 65歳平均自立期間(年)

65歳平均余命(年) = 65歳平均自立期間(年) + 65歳平均障害期間(年)

- ・平均自立期間：要介護認定を受けるまでの期間の平均、健康と考える期間
- ・平均障害期間：要介護認定を受けてから死亡までの期間の平均

【考察】

区の65歳健康寿命について、令和5年度の目標を男性81.68歳、女性83.24歳として取り組んできた。

平成27年度から令和3年度の間男性で0.27歳、女性で0.33歳、健康寿命が延伸し、健康である期間が伸びている。

取組1 特定健康診査・特定保健指導の推進

保健事業(1) 健診を受診しやすい体制等を整備し、健診受診者の満足度向上を図ります						
個別事業	指標	指標種別	目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和4年度 実施状況	評価 区分
利用機会の拡充等による健診サービスの向上	健診サービス向上のための新規取組実施数	アウトプット指標	9つ以上		1件 (累計9つ)	B
	特定健康診査実施率 特定保健指導実施率	アウトカム指標	特定健康診査実施率 50%	特定健康診査実施率 43.0%	特定健康診査実施率 42.5%	C
			特定保健指導実施率 25%	特定保健指導実施率 10.1%	特定保健指導実施率 16.4%	
がん検診や成人歯科健診との相乗効果による受診率向上	個別・具体的な勧奨の実施者数	アウトプット指標	60,000人		26,699人 (累計103,741人)	A
	肺がん検診受診率	アウトカム指標	15.4% (28年度比+5ポイント)	10.4%	9.4%	C
	大腸がん検診受診率		25.9% (28年度比+5ポイント)	20.9%	22.5%	C
	成人歯科健診受診率		9.6% (28年度比+5ポイント)	4.6%	5.5%	C

保健事業(2) わかりやすく、効果的な勧奨や情報提供をします						
個別事業	指標	指標種別	目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和4年度 実施状況	評価 区分
効果的な勧奨による「健診受診リピーター」の確保	個別・具体的な勧奨の実施者数	アウトプット指標	60,000人		26,699人 (累計103,741人)	A
	毎年継続して受診する人の割合 (過去5年間全て受診)	アウトカム指標	40%	28.7%	25.4%	C
個人の予防・健康づくりに対するインセンティブの活用	インセンティブ事業延べ参加者数	アウトプット指標	延べ8,000人		【特定保健指導】 685人 (累計3,939人) 【特定健康診査】 未実施	C
	インセンティブを付与した対象者の翌年度の特定健康診査・特定保健指導実施率	アウトカム指標	60%		【特定保健指導】 48.0% 【特定健康診査】 未実施	C

取組1 特定健康診査・特定保健指導の推進

保健事業(3) 関係団体等と連携・協力した取組を実施します						
個別事業	指標	指標種別	目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和4年度 実施状況	評価区分
働く世代に向けた新しいアプローチによる受診勧奨	40歳代・50歳代の特定健診()実施率	アウトプット指標	40歳代 30%	40歳代 26.6%	40歳代 25.5%	C
			50歳代 40%	50歳代 34.6%	50歳代 33.6%	
	40歳代・50歳代の週3回以上の朝食欠食の割合(特定健診質問票より)	アウトカム指標	減少	40歳代 26.6%	40歳代 28.7%	C
				50歳代 20.1%	50歳代 22.8%	
健診実施機関との連携による取組の検討	健診実施機関との連携事業数	アウトプット指標	2件以上		0件 (累計1件)	C
	生活習慣病治療中で特定健診未受診者の割合	アウトカム指標	減少	30.1%	32.2%	B

取組2 糖尿病対策の強化

保健事業(1) 糖尿病に関する情報を理解し、活用する力(ヘルスリテラシー)の向上を支援します						
個別事業	指標	指標種別	目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和4年度 実施状況	評価区分
糖尿病リスクがある者に向けた健康教育の徹底	健康教育に参加した糖尿病ハイリスク者数	アウトプット指標	延べ200人	17人	18人 (累計116人)	C
	健康教育参加者のうち血糖が改善した者の割合	アウトカム指標	80%	58.8%	58.3% (令和3年度参加者)	C
動脈硬化リスク(高血糖、高血圧、脂質異常)に関するポピュレーションアプローチの展開	動脈硬化リスク啓発に関する広報の実施	アウトプット指標	年間5回以上(複数の媒体)	年2回	年5回	B
	糖尿病・高血圧症・脂質異常症の患者の割合	アウトカム指標	増加を抑制	【糖尿病】 8.6%	【糖尿病】 9.3%	C
			【高血圧症】 15.2%	【高血圧症】 15.8%		
				【脂質異常症】 13.8%	【脂質異常症】 15.1%	

() 表中の特定健診とは特定健康診査のことを指す。

取組2 糖尿病対策の強化

保健事業(2) 治療開始・治療継続を支援し、合併症の発症を予防します						
個別事業	指標	指標種別	目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和4年度 実施状況	評価 区分
医療機関 受診勧奨により 治療を開始 しない者に対 する指導や支 援	受診勧奨実施数 (年間100人× 6か年を想定)	アウトプット 指標	延べ600人	88人	146人 (累計721人)	A
	受診勧奨により治 療を開始した人の 割合	アウトカム 指標	80%以上	72.7%	55.5%	C
糖尿病治 療中の者に対 する個別支援 (保健指導) の充実	個別支援実施数 (年間20人×6か 年を想定)	アウトプット 指標	延べ120人	12人	14人 (累計 117人)	A
	個別支援実施者 の介入後の健診 結果におけるそれ ぞれの割合	アウトカム 指標	とも維持	100% 50%	63.6% 42.9% (令和3年度 支援実施者)	C
	HbA1cが 改善した人 e-GFRの 低下率が改善 した人					

保健事業(3) 糖尿病対策の連携・協力体制の整備を目指します						
個別事業	指標	指標種別	目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和4年度 実施状況	評価 区分
糖尿病の 医療連携体制 の強化	関係団体による会 議体等への出席・ 参加	アウトプット 指標	増加	年3回	年3回	B
	糖尿病重症化予防事業 個別支援プログラム参加者 における糖尿病連携手帳 の活用度	アウトカム 指標	100%		100%	A
被用者保 険との連携と 透析予防につ なげる実態把 握の検討	【1】または【2】の 事業化	アウトプット 指標	実施		未実施	C
	糖尿病性腎症による 新規透析導入者数	アウトカム 指標	増加を抑制	58人	32人	A

保健事業(3) の指標について

- 【1】被用者保険（特に協会けんぽ）との連携事業や、データ分析の共同実施等を検討する。
- 【2】専門医や保健師等の助言を受けつつ、透析患者や家族から、透析に至る経過・腎臓専門医への受診状況・透析後の生活実態等を把握し、重症化予防に活用する。

取組3 国保から広げる健康づくり

保健事業(1) 主体的で適切な受診行動ができるように支援します						
個別事業	指標	指標種別	目標値 [令和5年度]	ベースライン値 [平成28年度]	令和4年度 実施状況	評価 区分
国保の現状や課題等を被保険者と共有するための周知や広報	国保の現状や課題等を被保険者と共有するための周知や広報の実施	アウトプット指標	年間2回以上 (複数の媒体)	年1回	年4回	A
	一人当たり医療費の上昇率(対前年度比)の抑制	アウトカム指標	抑制	+1.5%	+2.0%	B
医療機関等への適切な受診に向けた指導の充実	重複・頻回受診者訪問指導事業の実施人数	アウトプット指標	300人	145人	300人	B
	指導対象者のうち、状態を改善した割合 医療費適正化効果額	アウトカム指標	70% 維持	150万円	58% 5万円	C
患者自身による服薬管理力の向上 (重複・多剤服薬の改善、 残薬対策、ジェネリック医薬品の利用促進)	練馬区医師会・薬剤師会等との連携事業数	アウトプット指標	2件		1件	C
	ジェネリック医薬品利用率	アウトカム指標	80%	61.5%	77.2%	B

保健事業(2) 国保被保険者を通じて、健康づくり部門と協力し、働く世代を対象とした事業を展開します						
個別事業	指標	指標種別	目標値 [令和5年度]	ベースライン値 [平成28年度]	令和4年度 実施状況	評価 区分
健康無関心層への働きかけ強化	健康アプリ利用者数	アウトプット指標	20,000件	4,750件 (30年1月)	22,863件 (5年3月)	A
	40歳代の朝食欠食 30分以上週2以上の 運動習慣なしの割合 (特定健診質問票より)	アウトカム指標	減少	食生活 26.6% 運動 72.4%	食生活 28.7% 運動 68.4%	B
禁煙支援 (喫煙リスク対策)	禁煙支援事業実施者数	アウトプット指標	600人		[禁煙医療費補助事業] 令和3年度で終了 (累計424人) [禁煙マラソン利用者] 13人(累計195人)	A
	喫煙率 (特定健診質問票より)	アウトカム指標	12%	15.3%	13.8%	C

取組3 国保から広げる健康づくり

保健事業(2) 国保被保険者を通じて、健康づくり部門と協力し、働く世代を対象とした事業を展開します						
個別事業	指標	指標種別	目標値 [令和5年度]	ベースライン値 [平成28年度]	令和4年度 実施状況	評価 区分
30歳代 健診の受診 勧奨および保 健指導の実 施	30歳代健診実施率	アウトプット 指標	20%	9.0%	6.0%	C
	血圧、血糖、脂質 が保健指導判定値 を超える者の割合	アウトカム 指標	それぞれの割合 が減少	血圧 9.0% 脂質 30.4% 血糖 13.7% (29年度)	血圧 12.1% 脂質 36.0% 血糖 14.7%	C

保健事業(3) 後期高齢者医療制度や地域包括ケアシステム等との連携を推進します						
個別事業	指標	指標種別	目標値 [令和5年度]	ベースライン値 [平成28年度]	令和4年度 実施状況	評価 区分
後期高 齢者医療制 度および地域 包括ケアシ ステムとの連携	後期高齢者医療 制度に移行した 者への支援人数	アウトプット 指標	50人		12人 (累計31人)	C
	後期高齢者健診 の結果(血圧・ 血糖・脂質で受 診勧奨判定値を 超える割合)	アウトカム 指標	減少	血圧 30.0% 脂質 18.3% 血糖 10.8%	血圧 31.3% 脂質 18.2% 血糖 13.3%	C
「互助」に よる健康づく りの支援	保健相談所との 連携事業の実施 件数・実施人数	アウトプット 指標	5件		実施なし	C
	地域活動参加率 健康づくりに関する ボランティア参加率 (練馬区健康実態調査)	アウトカム 指標	50% 10%	35.2% 6.5% (25年度)	35.9% 6.6% (30年度)	()

() 評価指標としていた「練馬区健康実態調査」の実施が1年間延期され、令和5年度の実施となったことから、評価対象外とした。

第3章 健康・医療情報等の分析と課題

1 分析に基づく健康課題の抽出

PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を行うために、健康・医療情報等を活用したデータ分析を行い、区の傾向を把握するとともに、特に対応すべき健康課題を下表の通り抽出した。

なお、データ分析を効果的・効率的に進めるため、活用するデータは KDB システム（国保データベースシステム）および東京都国民健康保険連合会独自のシステムである sucoyaca を基本とし、詳細な分析については、P17 以降に記載する。また、KDB システムに基づくデータでは、区と都の対比を、sucoyaca に基づくデータでは、区と特別区の対比を原則として作成する。

対応すべき健康課題	
A	<p>特定健康診査受診率は、男女とも若い年齢層ほど受診率が低く、年齢が上がるほど高くなる傾向がある。40～64 歳は男女とも都と比べて受診率はやや高いが、65～74 歳の年代は都と比べて低い状況である。</p> <p>参照（P31）3 特定健康診査・特定保健指導の分析</p>
B	<p>特定保健指導の実施率が低い状況である。年齢が高くなるほど対象者は多くなり、実施率が下がる傾向にある。</p> <p>参照（P34）3 特定健康診査・特定保健指導の分析</p>
C	<p>一人当たり医療費が増加傾向にある。生活習慣病に関連する疾病の医療費の割合が高い。中でも合併症を含む糖尿病は、人数の割合は他の生活習慣病に比べて少ないものの医療費は高い。</p> <p>参照（P18・21）2 医療費の分析</p>
D	<p>生活習慣病の患者数では高血圧症・脂質異常症が多く、中でも高血圧症の患者数が一番多い。</p> <p>また一人当たり医療費は、高血圧症が糖尿病に次いで高い。</p> <p>参照（P24）2 医療費の分析</p>
E	<p>平均余命は都・同規模・全国と比較して若干長いものの、平均自立期間は、同程度の水準である。そのため、自立していない期間（日常生活に制限がある期間）が長い状況にある。</p> <p>参照（P17）1 平均余命・平均自立期間等</p>

● 用語について

全国	全国の市町村国保
都	東京都内の市町村国保
同規模	主に被保険者数が練馬区と同じ程度の区市町村と比較するため、KDB システムの集計区分で設定しているものを指す。（特別区と中核市 65 保険者）
区	練馬区国保

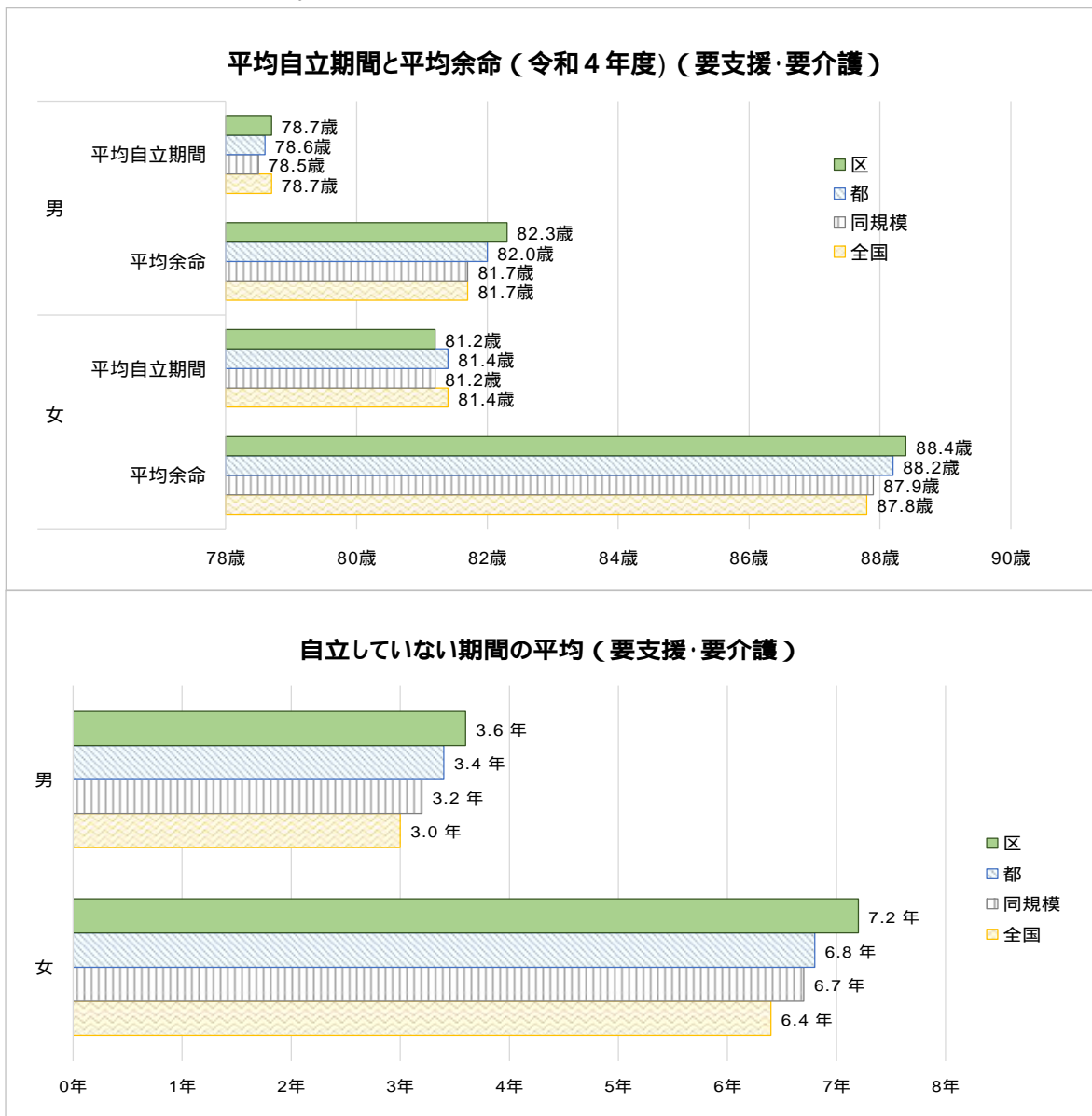
2 平均余命・平均自立期間等

(1) 平均自立期間と平均余命

対応する健康課題 E

平均余命は、男性 82.3 歳、女性 88.4 歳。男女とも都・同規模・全国よりも若干長く、平均自立期間は、男性 78.7 歳、女性 81.2 歳で、男女とも都・同規模・全国と同水準である。

自立していない期間が、男性は 3.6 年、女性は 7.2 年で、都・同規模・全国よりも若干長い。平均余命は、男性 82.3 歳、女性 88.4 歳。男女とも都・同規模・全国よりも若干長く、平均自立期間は、男性 78.7 歳、女性 81.2 歳で、男女とも都・同規模・全国と同水準である。



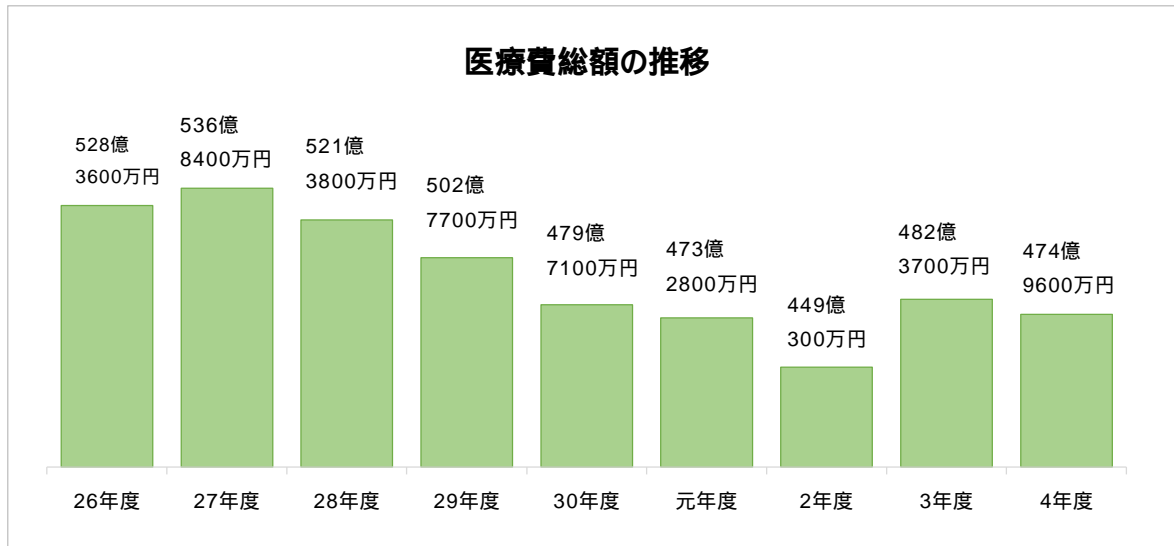
出典：KDB 帳票 「地域の全体像の把握 - 平均寿命/平均自立期間 (令和4年度)」

3 医療費の分析

(1) 医療費のボリューム（経年比較・性年齢階級別等）

ア 医療費の総額

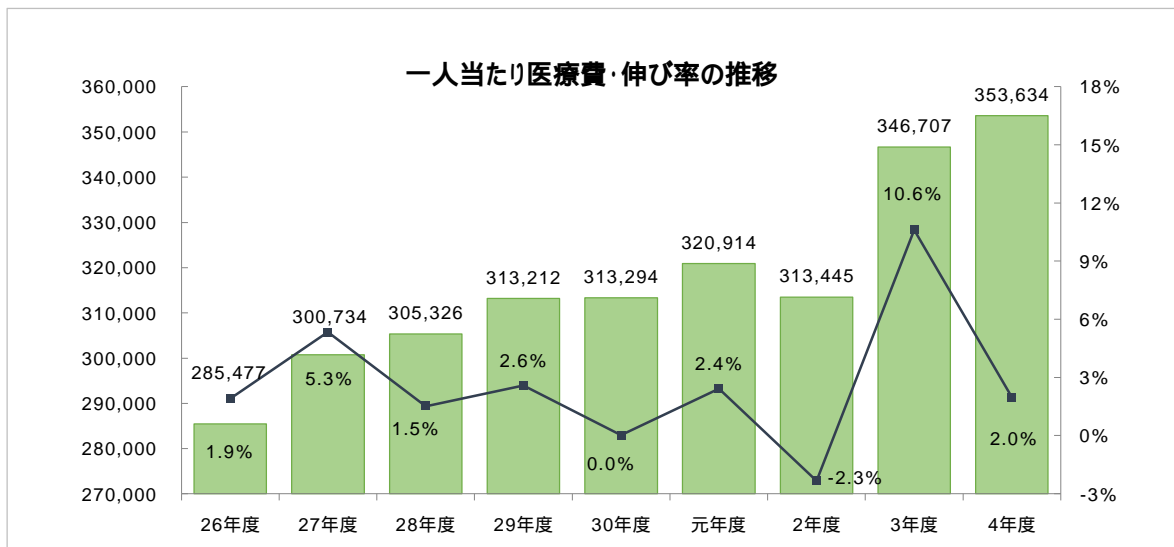
医療費の総額は、被保険者の減少に伴い減少傾向にあり、令和4年度は474億9,600万円で、令和3年度より1.5%減少している。



出典：「ねりまの国保 令和5年度版」

イ 一人当たり医療費 対応する健康課題 C

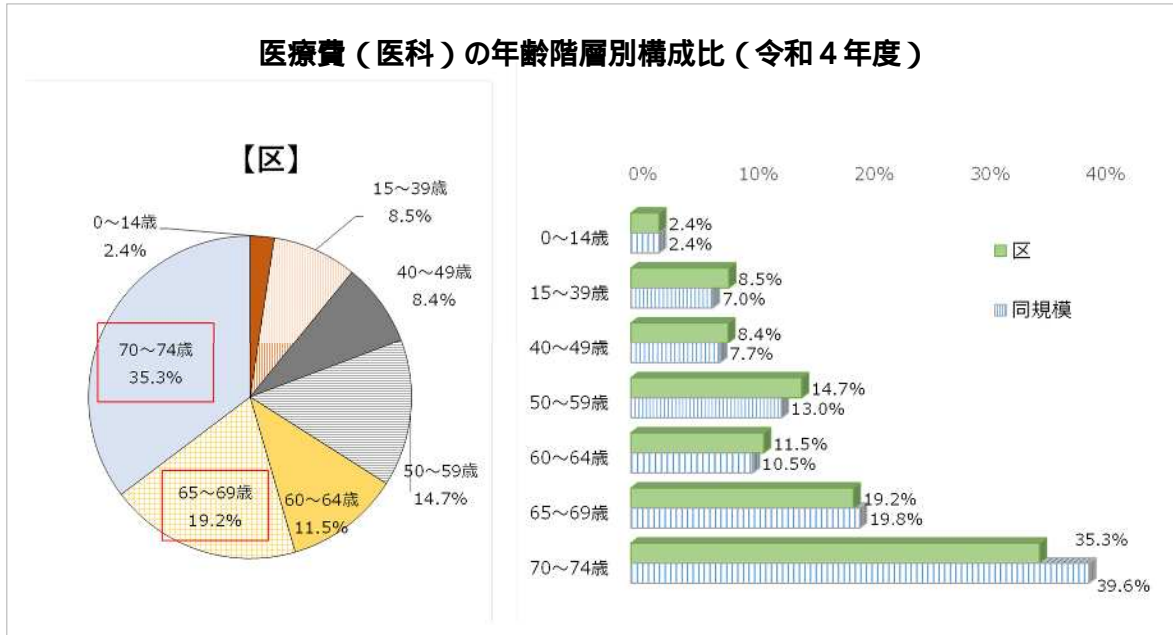
一人当たり医療費は、平成26年度以降増加傾向にあり、令和2年度はコロナ禍により減少したものの、令和4年度は353,634円で、前年度より2.0%増加している。



出典：「ねりまの国保 令和5年度版」

ウ 医療費（医科）の年齢階層別構成比

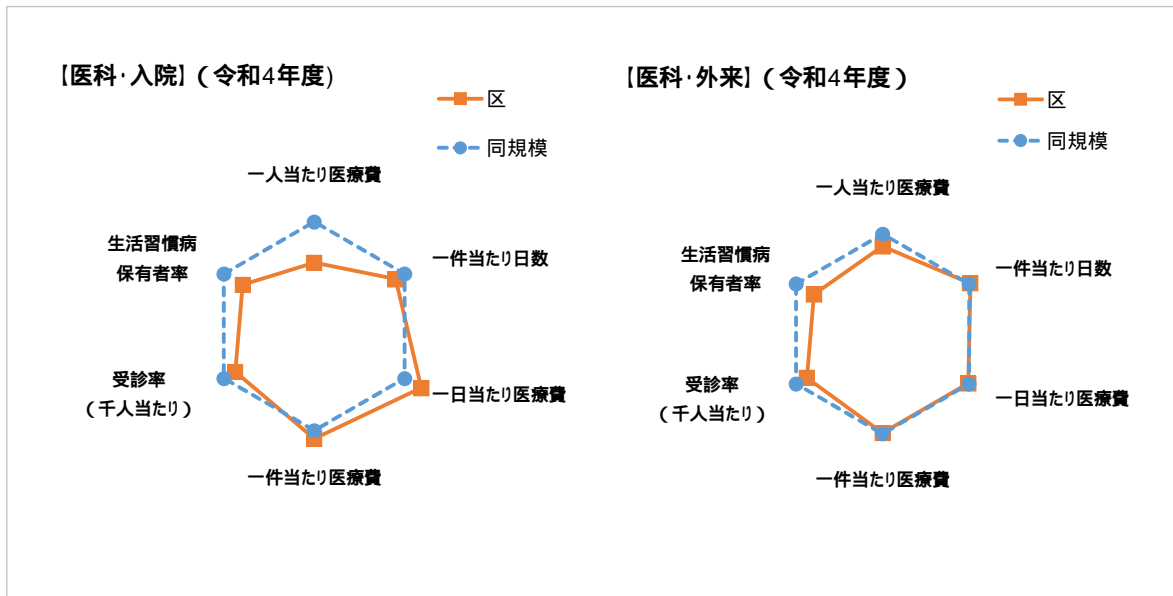
区では、65～74歳の医療費（医科）の割合は54.5%となっており、同規模と比べて、65～74歳の医療費の割合は低い。



出典：KDB 帳票「医療費分析の経年比較」

エ 同規模保険者との医療諸率の比較

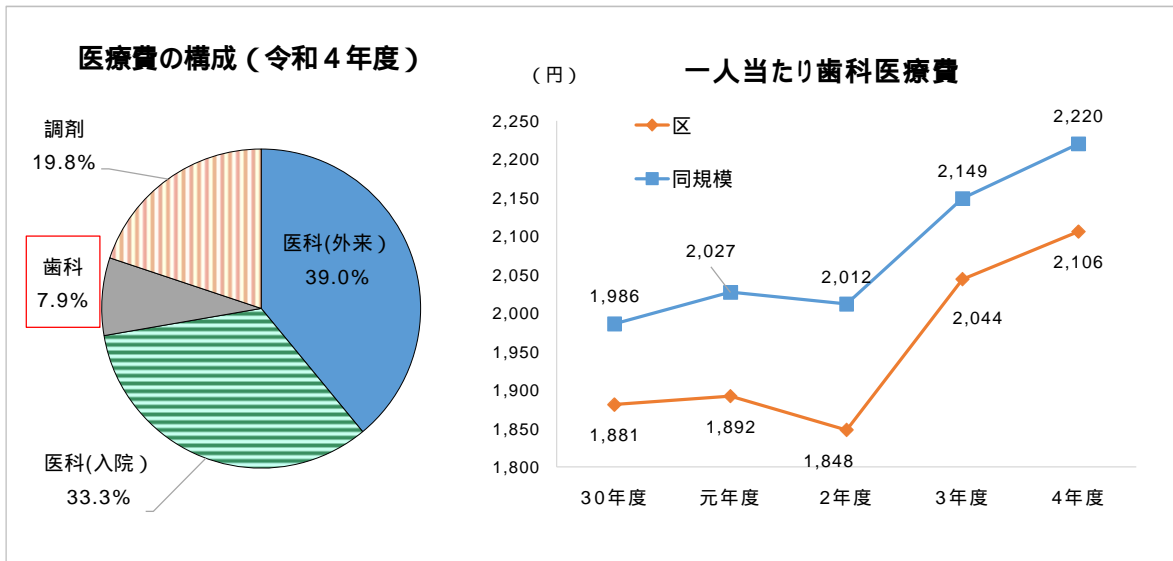
令和4年度の区の入院・外来の医療費では、同規模より「一人当たり医療費」は低い。区の入院の医療費では、「一日当たり医療費」は同規模より高い。



出典：KDB 帳票「同規模保険者比較（全国）」を基に国保年金課にて分析

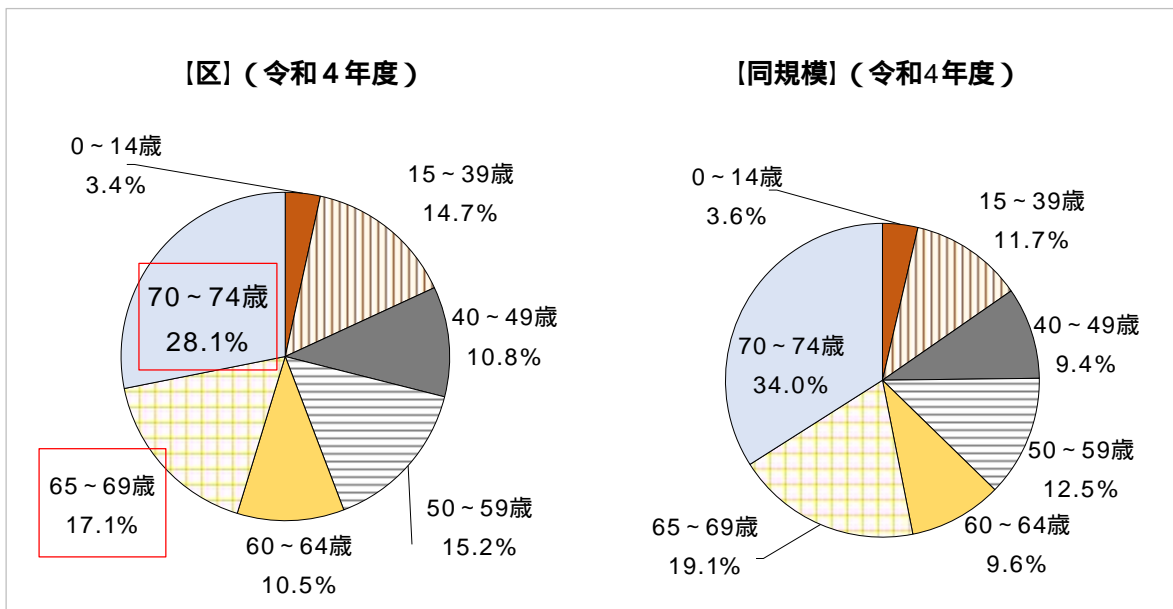
オ 歯科医療費の分析

歯科医療費は、全体の7.9%を占めている。一人当たり歯科医療費推移は令和2年度を除いて年々増加しているが、同規模と比べると低い。



出典：「ねりまの国保 令和5年度版」およびKDB帳票「医療費分析の経年比較」

区では、65～74歳の歯科医療費の割合が45.2%となっており、同規模は、区に比べて高く、53.1%となっている。



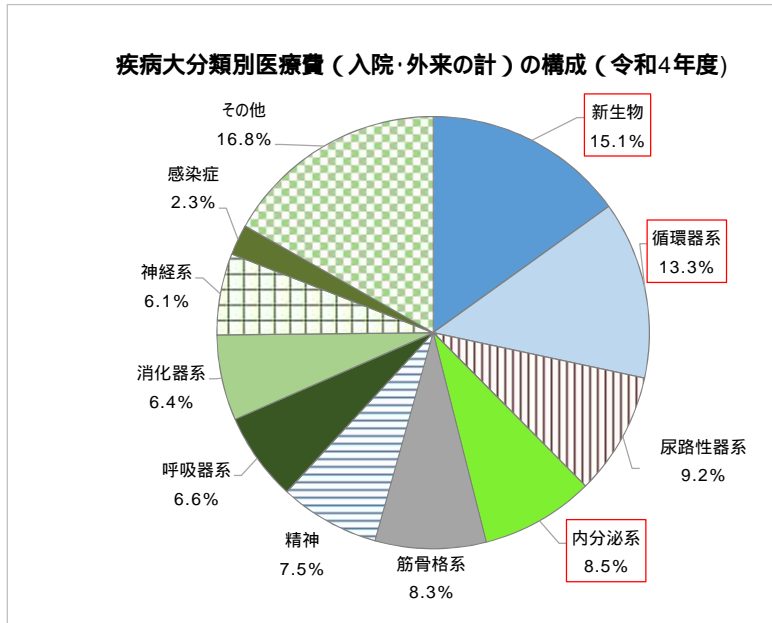
出典：「ねりまの国保 令和5年度版」およびKDB帳票「医療費分析の経年比較」

(2) 疾病分類別の医療費

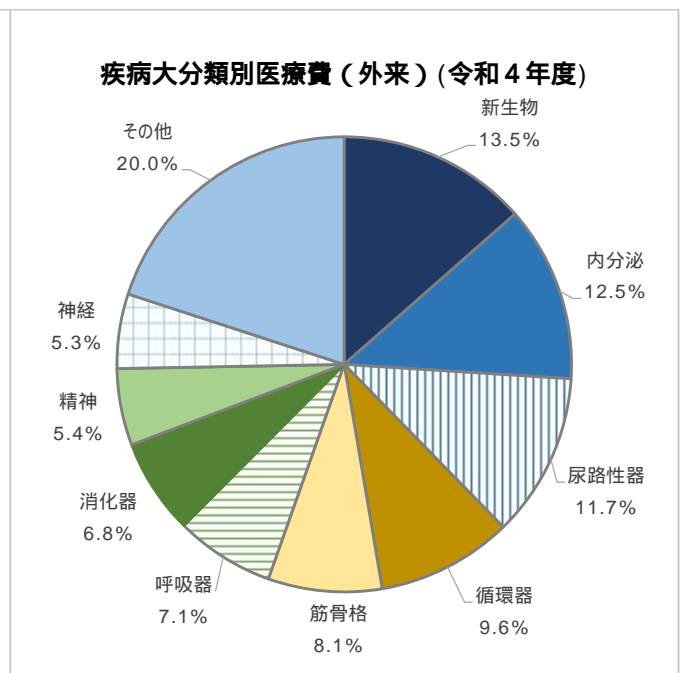
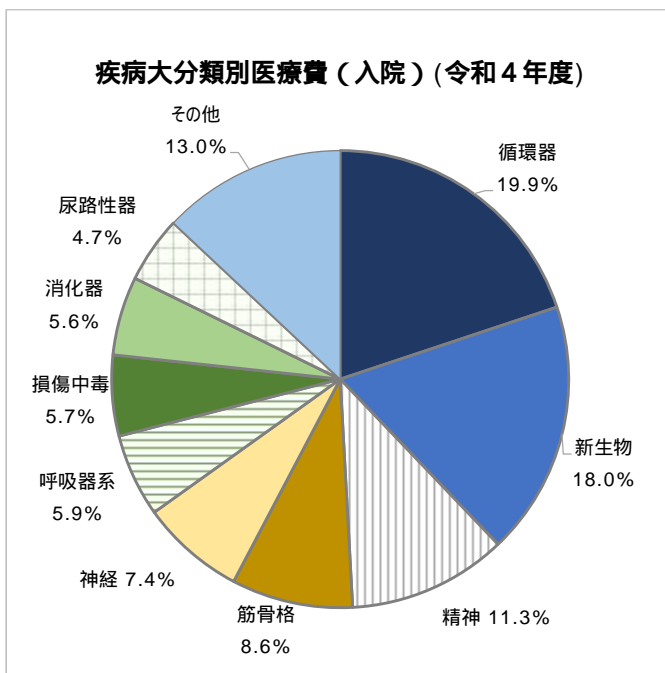
ア 疾病大分類別医療費

対応する健康課題 C

疾病大分類別医療費の割合は、生活習慣病に関連する疾病（新生物、循環器系、内分泌系）が上位を占めており、合計すると医療費全体の4割近く（36.9%）を占める。入院・外来別でみると、入院では「循環器系」が、外来では「新生物」の疾病の割合が最も高くなっている。



大分類	主な疾病の具体例
新生物	がん、良性の腫瘍 等
循環器系	高血圧症、脳梗塞、心筋梗塞 等
泌尿器系	腎不全（透析）、糖尿病性腎症 等
内分泌系	糖尿病、脂質異常症 等
筋骨格系	骨折、関節障害、リウマチ 等
精神	認知症、統合失調症、うつ病 等
呼吸器系	肺炎、鼻炎、扁桃炎、気管支炎 等
消化器系	胃潰瘍、腸炎、ヘルニア、歯周病 等
神経系	パーキンソン病、自律神経障害 等
感染症	インフルエンザ、ウイルス性肝炎、結核 等

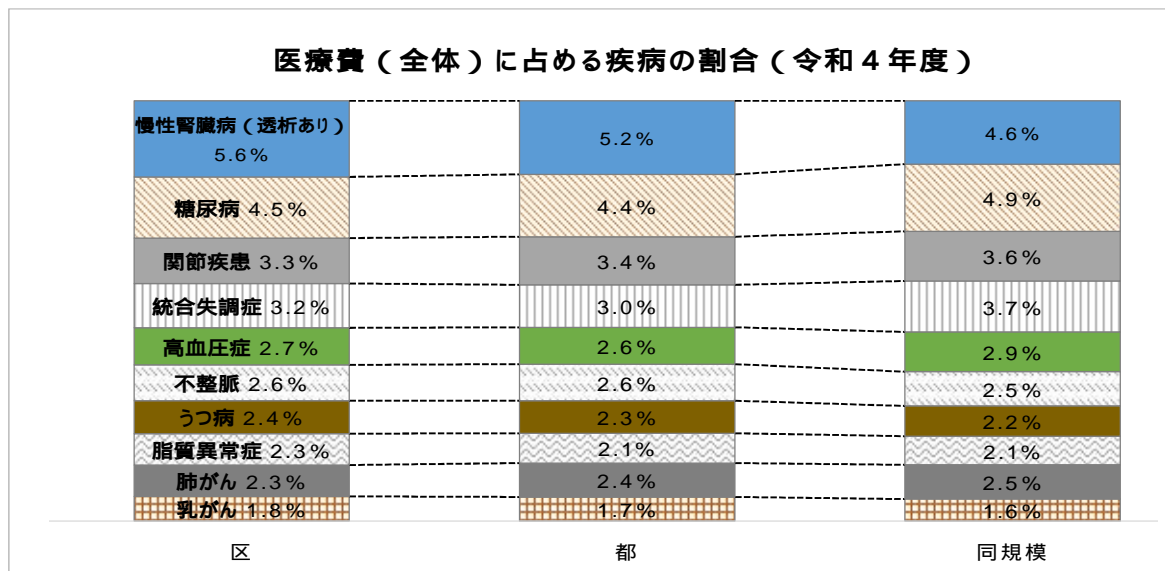


出典：KDB 帳票「医療費分析（2）大、中、細小分類（令和4年度）」

イ 医療費（全体）に占める割合の高い疾病

令和4年度の医療費（全体）に占める割合の高い疾病は、慢性腎臓病（透析あり）（5.6%）、糖尿病（4.5%）、関節疾患（3.3%）の順である。

同規模および都と比較して、慢性腎臓病（透析あり）の割合が若干高い。



出典：KDB 帳票「疾病別医療費分析（細小（82）分類）（令和4年度）」

入院は、脳梗塞、脳出血、乳がん、子宮がんが、外来は、慢性腎臓病（透析あり）、脂質異常症が、都・同規模・全国と比較し、わずかに高い割合となっている。

疾病別医療費分析 細小分類（入院）（令和4年度）（1）

疾病大分類	疾病名	費用額（円）	構成比			
			区	都	同規模	全国
循環器	脳梗塞	463,417,080	3.2%	2.8%	2.9%	2.9%
	狭心症	268,592,660	1.9%	1.9%	1.9%	1.9%
	脳出血	289,578,590	2.0%	1.7%	1.7%	1.6%
	心筋梗塞	118,030,430	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%
	高血圧症	24,897,820	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
泌尿器系の疾患	慢性腎臓病（透析あり）	353,798,910	2.4%	2.8%	2.5%	2.4%
内分泌、栄養及び代謝疾患	糖尿病	89,151,010	0.6%	0.7%	0.7%	0.8%
新生物	大腸がん	327,606,040	2.3%	2.3%	2.3%	2.4%
	肺がん	345,919,480	2.4%	2.4%	2.4%	2.4%
	胃がん	127,832,360	0.9%	0.9%	1.0%	1.1%
	乳がん	174,188,390	1.2%	1.0%	0.9%	0.9%
	前立腺がん	87,879,220	0.6%	0.7%	0.7%	0.8%
	子宮がん ²	109,305,630	0.8%	0.6%	0.6%	0.5%

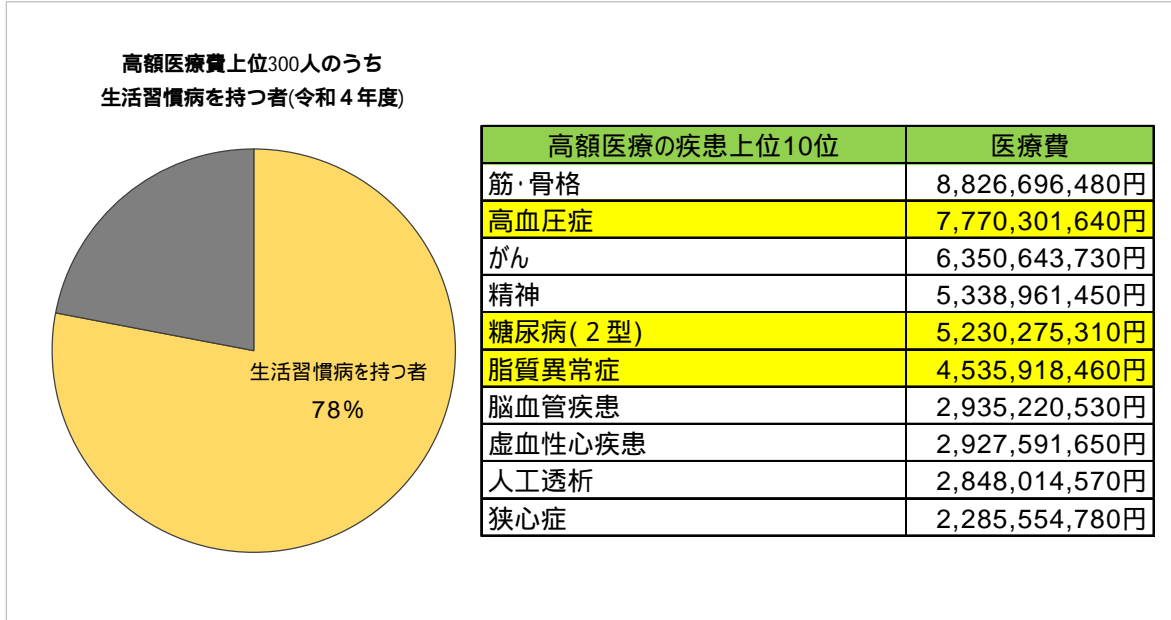
疾病別医療費分析 細小分類（外来）（令和4年度）（1）

疾病大分類	疾病名	費用額（円）	構成比			
			区	都	同規模	全国
循環器	高血圧症	1,067,183,320	4.1%	3.9%	4.6%	5.0%
泌尿器系の疾患	慢性腎臓病（透析あり）	1,902,810,380	7.3%	6.6%	6.0%	5.8%
内分泌、栄養及び代謝疾患	糖尿病	1,715,561,380	6.6%	6.6%	7.6%	8.1%
	脂質異常症	924,087,570	3.6%	3.3%	3.4%	3.5%
新生物	乳がん	543,190,450	2.1%	2.2%	2.1%	2.0%
	大腸がん	295,016,220	1.1%	1.2%	1.3%	1.4%
	肺がん	570,759,550	2.2%	2.4%	2.6%	2.8%
	前立腺がん	247,307,990	1.0%	1.0%	1.2%	1.3%
	胃がん	146,750,570	0.6%	0.6%	0.7%	0.8%
	子宮がん ²	62,551,530	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
感染症及び寄生虫症	C型肝炎	42,943,420	0.2%	0.2%	0.3%	0.3%

1 都・同規模保険者・全国と比較し、割合が高いものに網掛け表示をしている
 2 子宮がんは子宮頸がんと子宮体がんの合計

ウ 高額医療費の疾患上位 10 位

医療費が高額の者（上位 300 人）のうち、生活習慣病を持つ者（基礎疾患に高血圧症、糖尿病、脂質異常症のいずれかをもつもの）は約 8 割を占める。

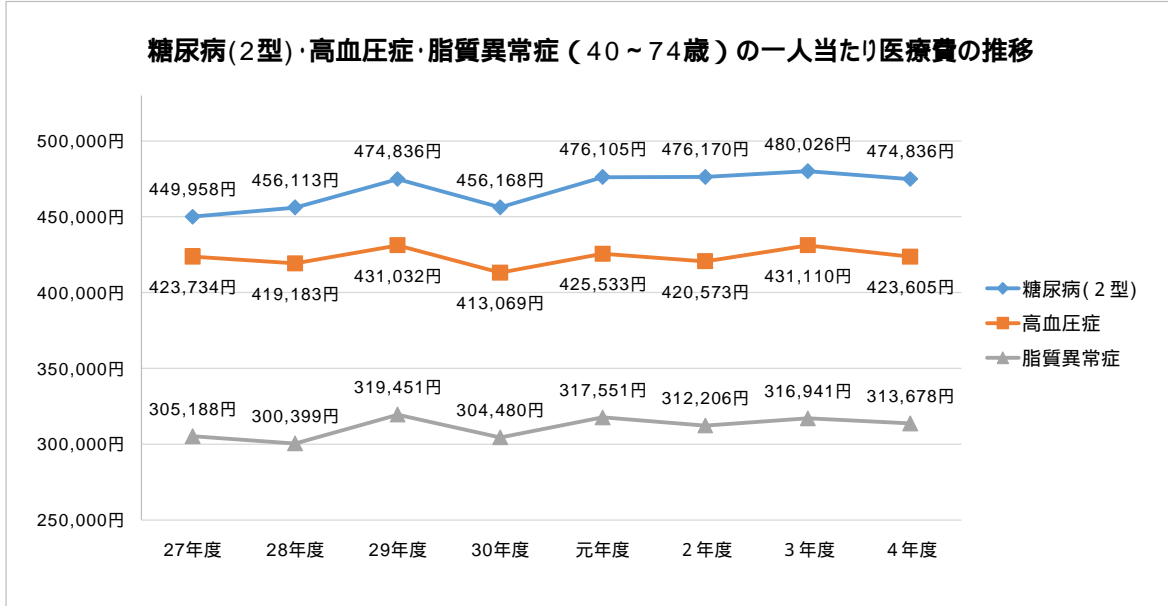


出典：sucoyaca 帳票「年間高額医療費受給者一覧（令和4年度）」

エ 糖尿病・高血圧症・脂質異常症の状況

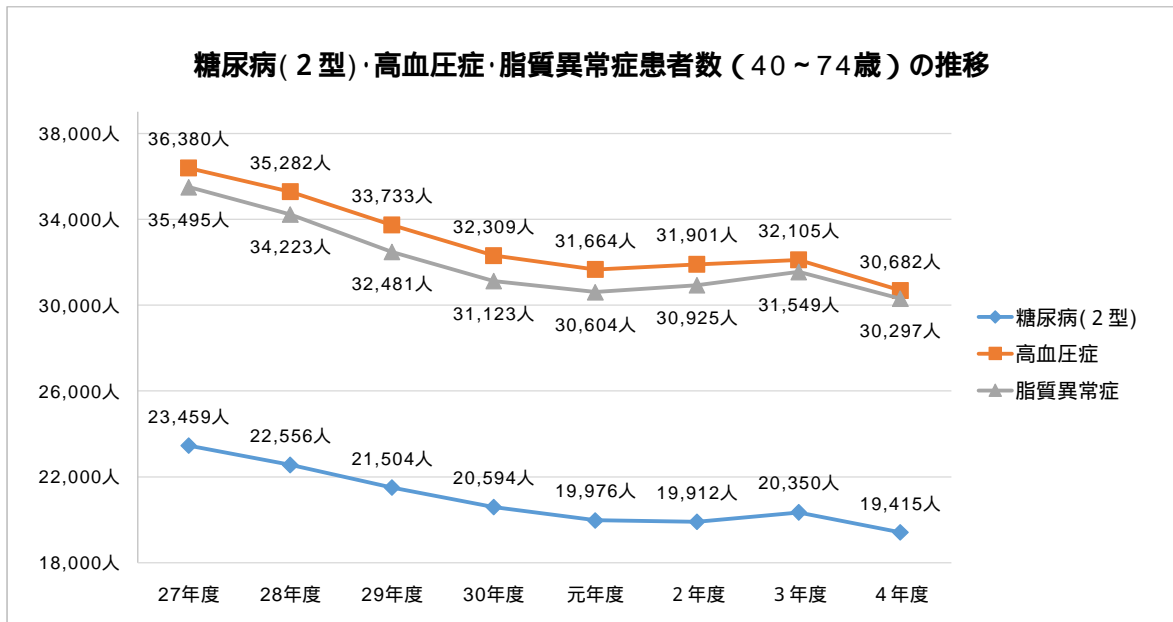
対応する健康課題 D

40～74歳の被保険者では、糖尿病は、高血圧症・脂質異常症に比べ、一人当たり医療費が高く、令和4年度は474,836円で、脂質異常症の約1.5倍となっている。



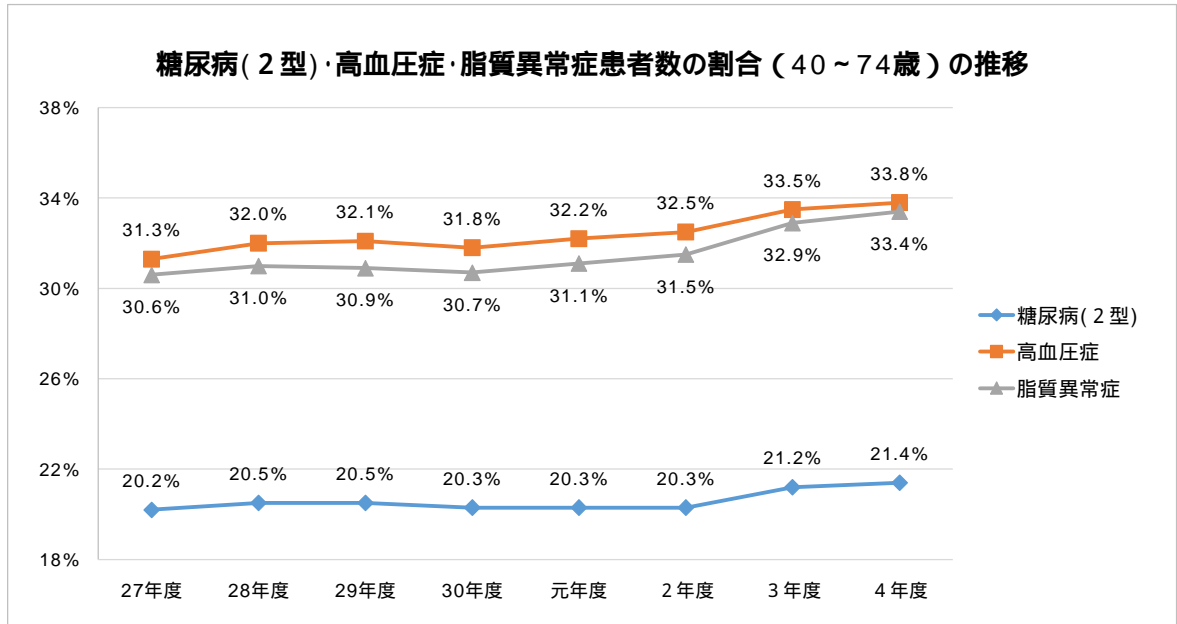
出典：sucoyaca 帳票「生活習慣病の状況」

40～74歳の被保険者の糖尿病・高血圧症・脂質異常症の患者数では、高血圧症と脂質異常症が糖尿病に比べて多く、いずれの疾病の患者数も、減少傾向である。



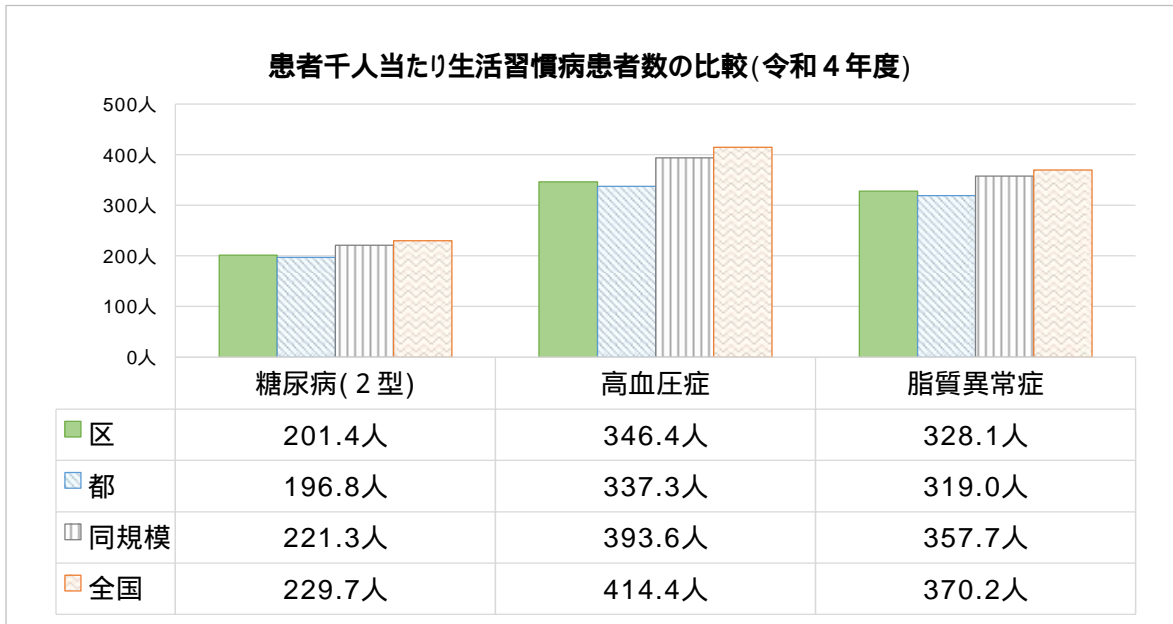
出典：sucoyaca 帳票「生活習慣病の状況」

被保険者数に占める患者数の割合は、高血圧症と脂質異常症が糖尿病に比べて高く、緩やかな増加傾向にあり、高血圧症（33.8%）脂質異常症（33.4%）糖尿病（21.4%）となっている。



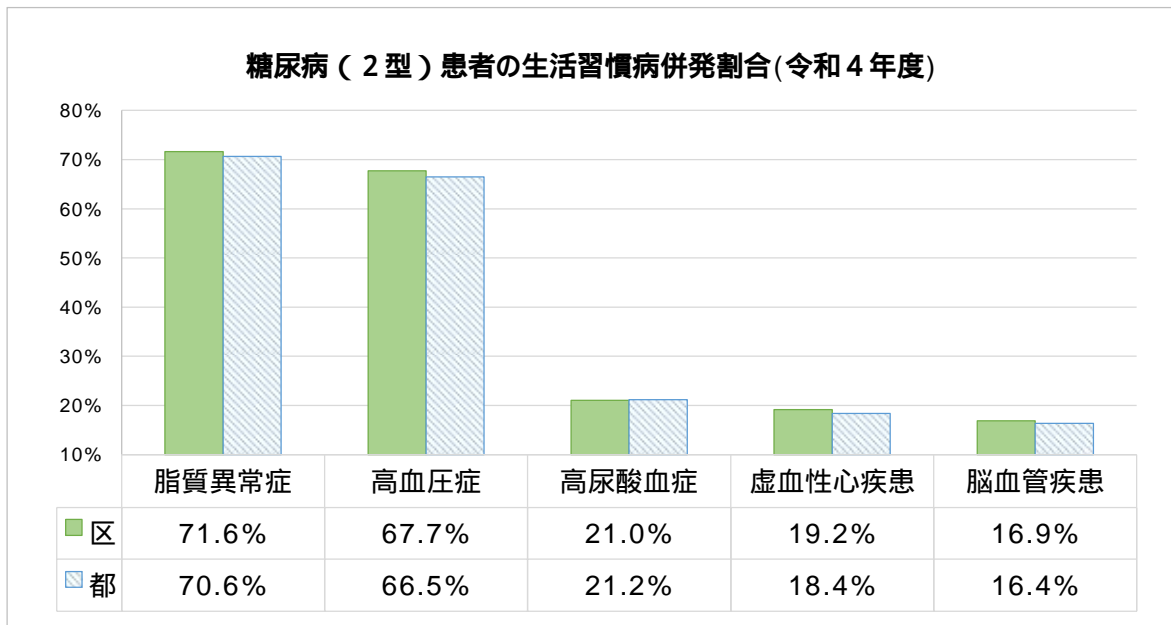
出典：sucoyaca 帳票「生活習慣病の状況」

患者千人当たりの糖尿病、高血圧症、脂質異常症の患者数は、都と比較すると若干多いが、同規模・全国と比較すると少なくなっている。



出典：KDB 帳票「医療費分析(1) 細小分類(令和4年度)」

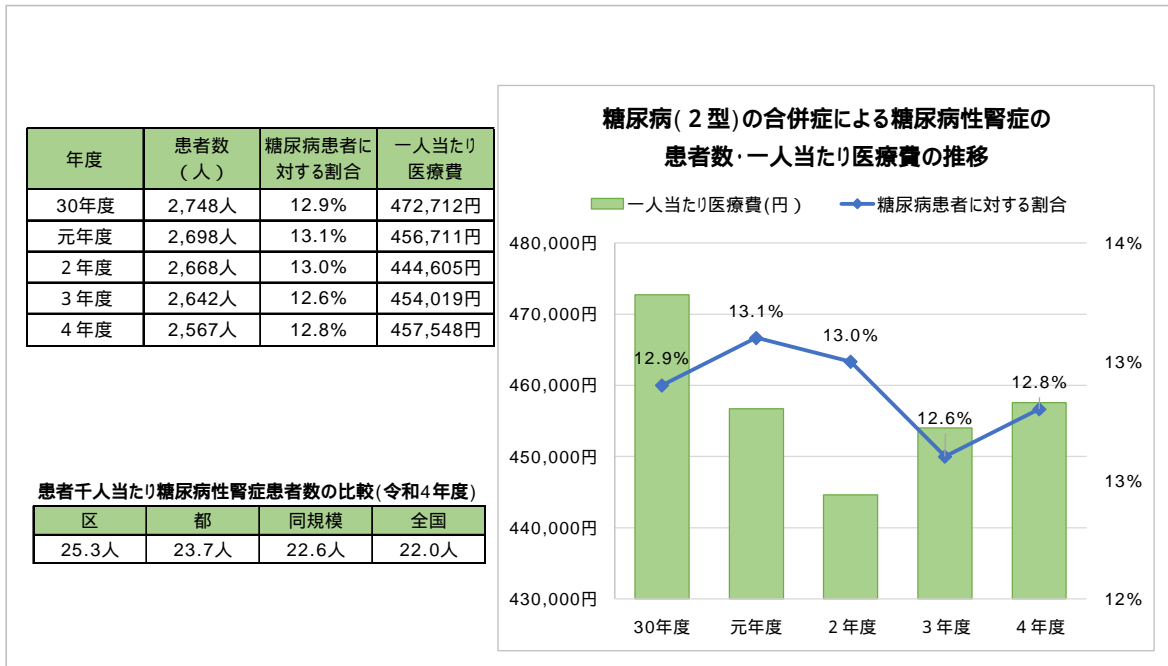
糖尿病(2型)患者は、他の生活習慣病を併発している割合が高く、脂質異常症と高血圧症の併発割合が約7割で、都よりも若干高い。



出典：sucoyaca 帳票「生活習慣病の併発状況(令和4年度)」

オ 糖尿病関係医療費（糖尿病性腎症）の分析

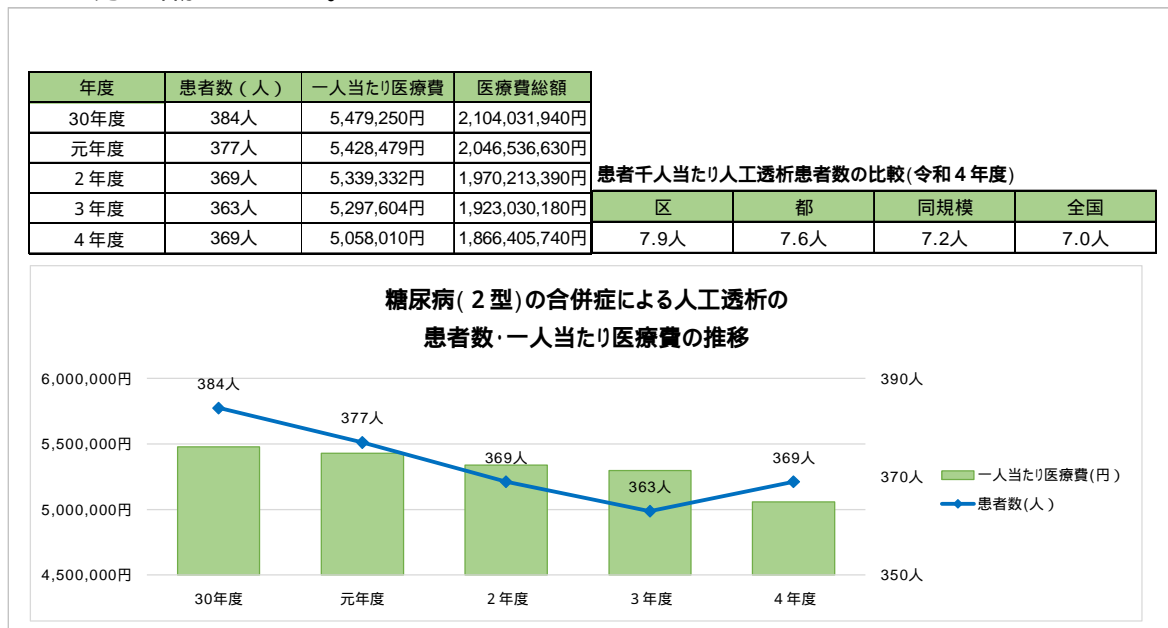
糖尿病性腎症の一人当たり医療費は、減少傾向であったが令和2年度から増加しており、糖尿病患者に対する割合は、前年度と比較し増加している。



出典：sucoyaca 帳票「生活習慣病の併発状況（令和4年度）」

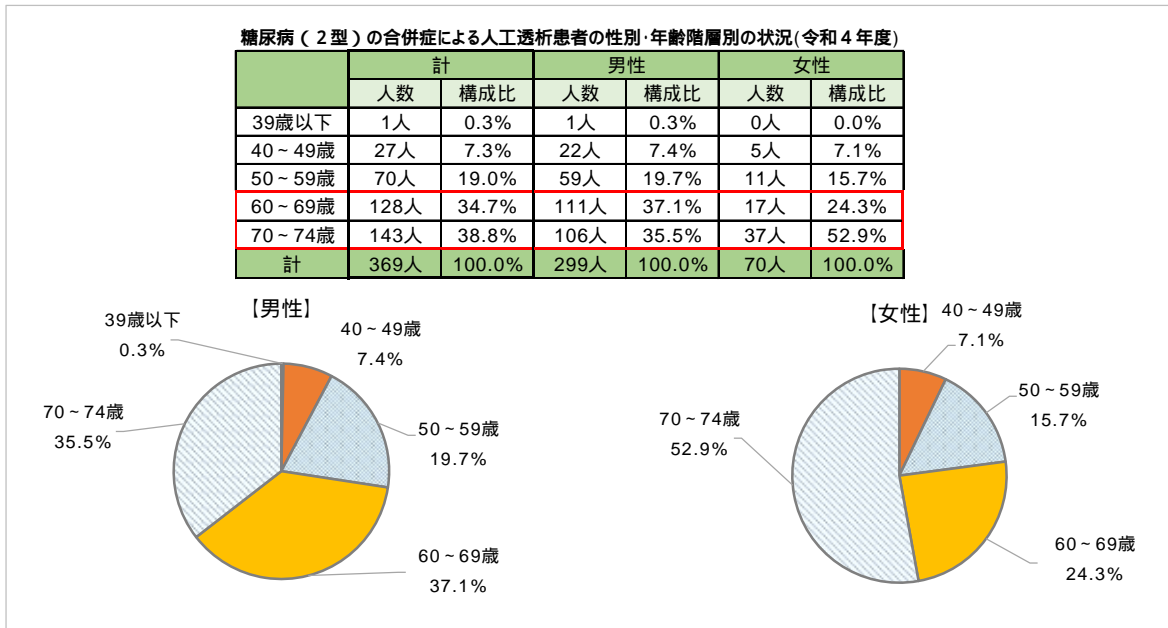
カ 糖尿病関係医療費（人工透析）の分析

- 糖尿病（2型）の合併症による人工透析の一人当たり医療費は、令和4年度は5,058,010円で減少傾向にある。患者数は、令和4年度は369人であり、前年度に比べ増加している。



出典：sucoyaca 帳票「生活習慣病の併発状況（令和4年度）」

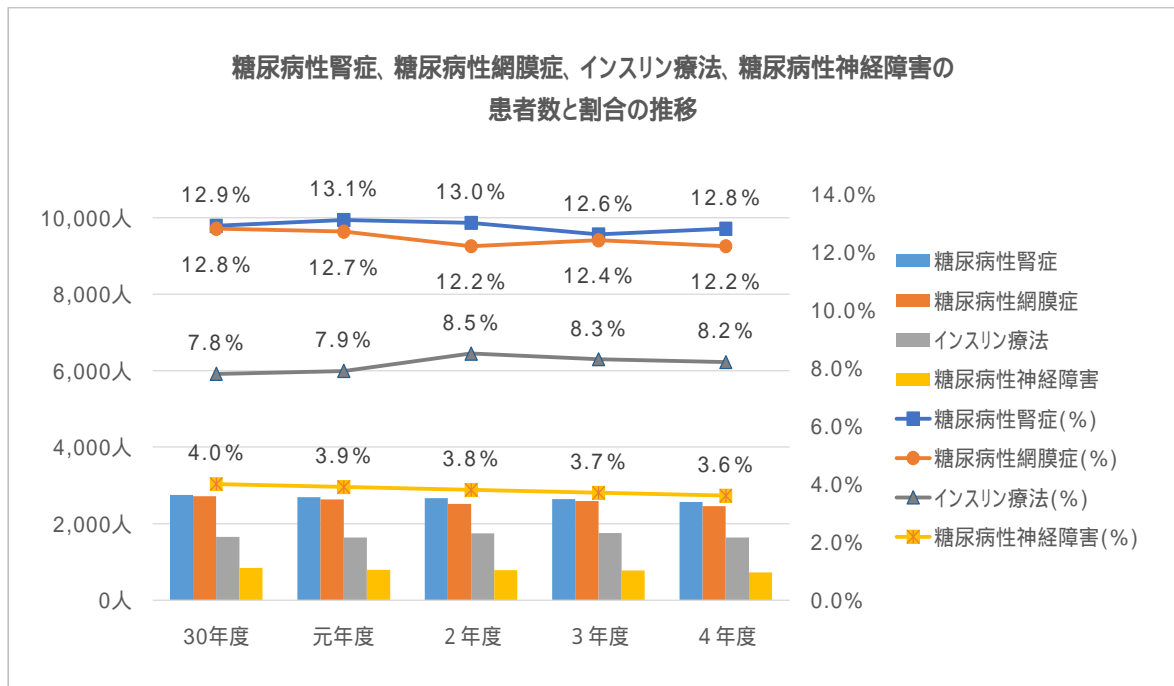
糖尿病（2型）の合併症による人工透析患者数は、加齢とともに割合が高くなる傾向があり、男女とも60歳以上で7割以上を占める。



出典：sucoyaca 帳票「生活習慣病の併発状況（令和4年度）」

キ 糖尿病合併症の患者数

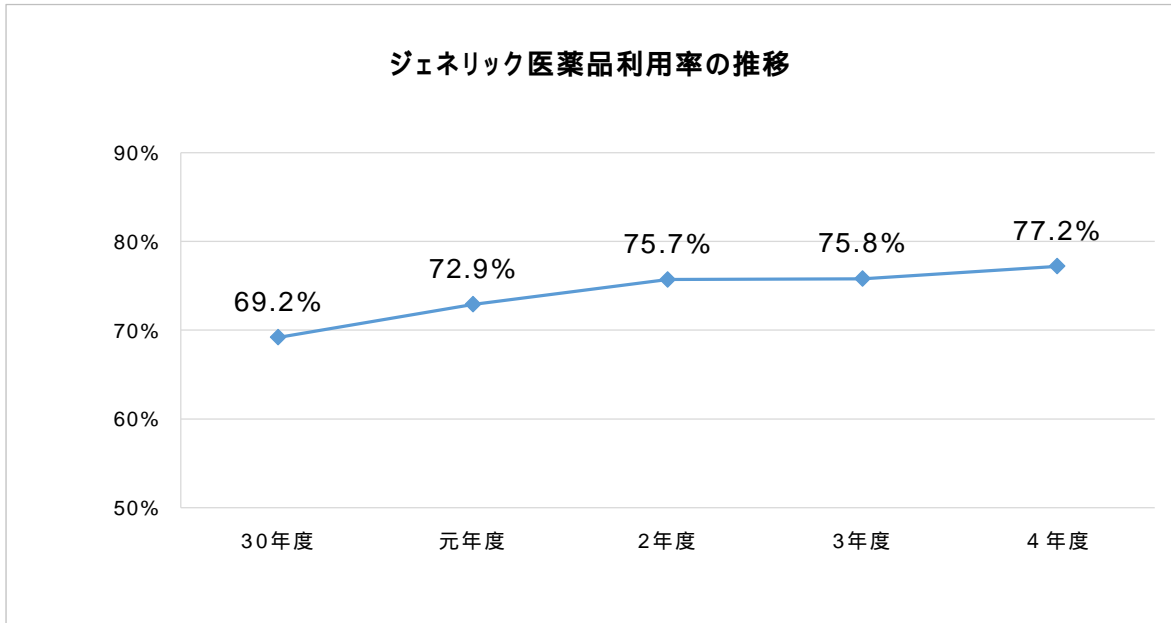
糖尿病性腎症と糖尿病性網膜症の患者数および割合は減少傾向で、インスリン療法、糖尿病性神経障害の患者数は減少傾向であるが、割合は大きな変化はみられない。



出典：sucoyaca 帳票「生活習慣病の併発状況（令和4年度）」

(3) 後発医薬品の使用割合

区のジェネリック医薬品利用率は着実に上昇しており、令和4年度は前年度と比較して1.4%向上した。

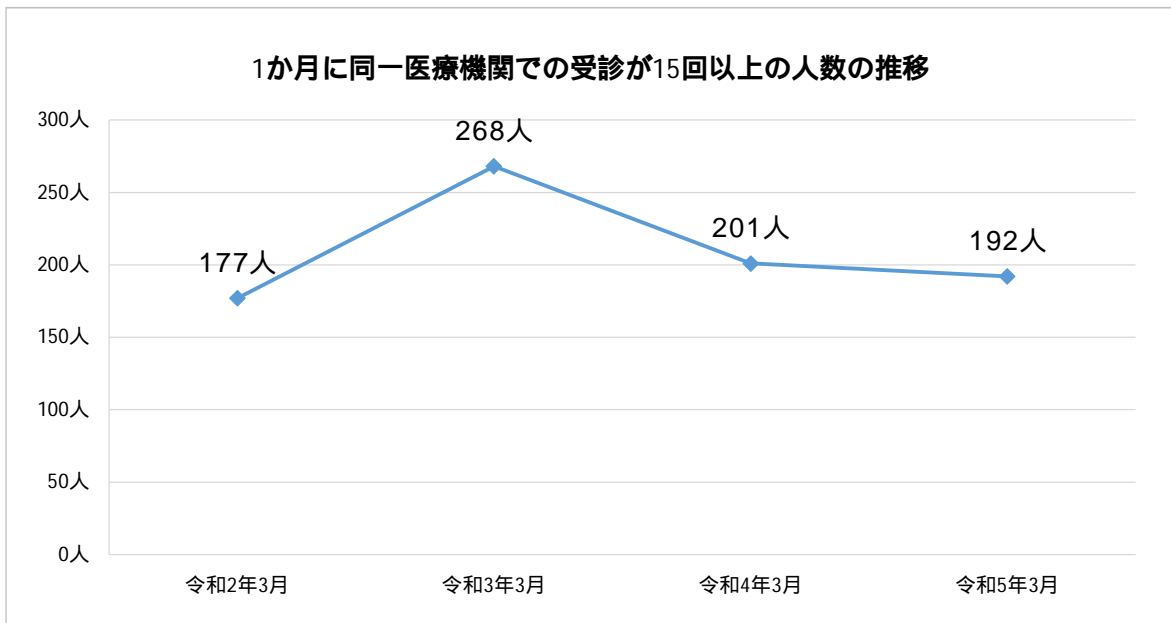


出典：「都国保連委託の実績報告9月調剤分」および「厚生労働省「薬価調査」9月調剤分」

(4) 重複・頻回受診、重複服薬者割合

ア 1か月に同一医療機関での受診が15回以上の人数の推移

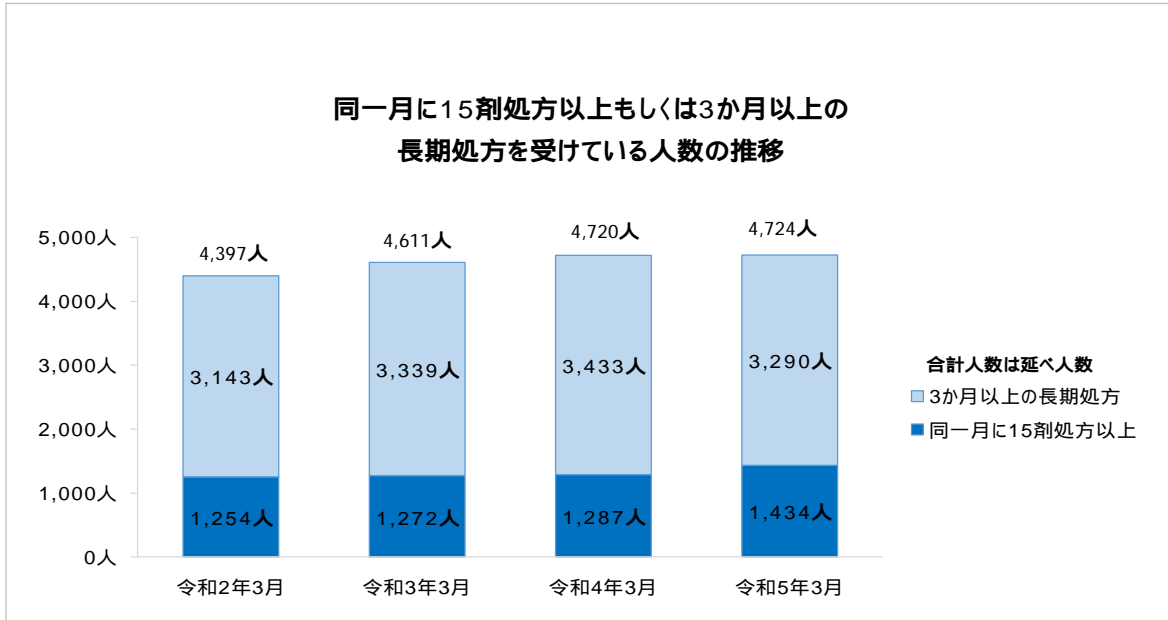
1か月に同一医療機関での受診が15回以上の人数は、令和5年3月時点で192人で、前年同月時点より9人減少している。



出典：KDB 帳票「重複・頻回受診の状況」

イ 同一月に15剤処方以上もしくは3か月以上の長期処方を受けている人数の推移

同一月に15剤処方以上もしくは3か月以上の長期処方を受けている人数は、令和5年3月時点では延べ4,724人（「同一月に15剤処方以上」が1,434人、「3か月以上の長期処方」が3,290人）で、増加傾向である。



出典：KDB 帳票「重複・多剤処方の状況」

4 特定健康診査・特定保健指導の分析

(1) 特定健康診査・保健指導の実施状況

ア 特定健康診査の実施状況

対応する健康課題 A

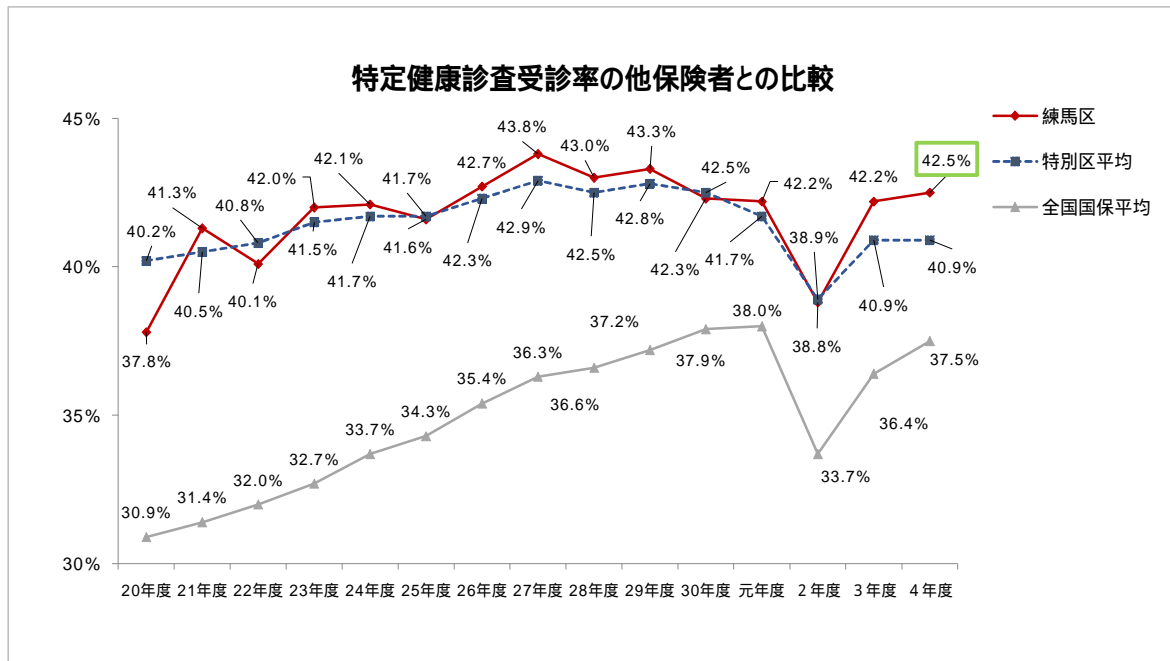
特定健康診査の対象者数は年々減少し、20年度と比較すると、令和4年度は34,913人の減となっている。

令和4年度の特定健康診査の受診率は42.5%であり、特別区平均・全国国保平均と比較して高い。23区国保における順位は11位である。

	第一期					第二期				
	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
対象者数(人)	116,594	114,187	113,606	113,541	112,707	111,697	109,746	106,468	100,683	95,788
実施者数(人)	44,021	47,216	45,533	47,634	47,494	46,503	46,834	46,647	43,333	41,472
実施率	37.8%	41.3%	40.1%	42.0%	42.1%	41.6%	42.7%	43.8%	43.0%	43.3%

	第三期				
	30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
対象者数(人)	92,037	89,449	88,332	86,456	81,681
実施者数(人)	38,966	37,735	34,302	36,445	34,754
実施率	42.3%	42.2%	38.8%	42.2%	42.5%

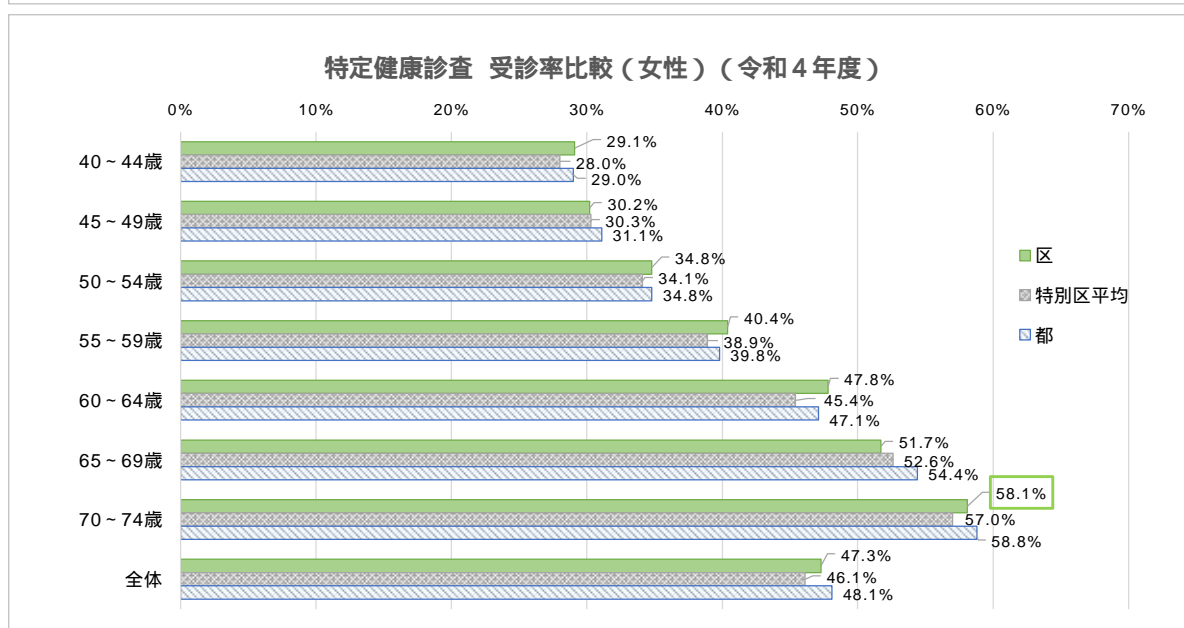
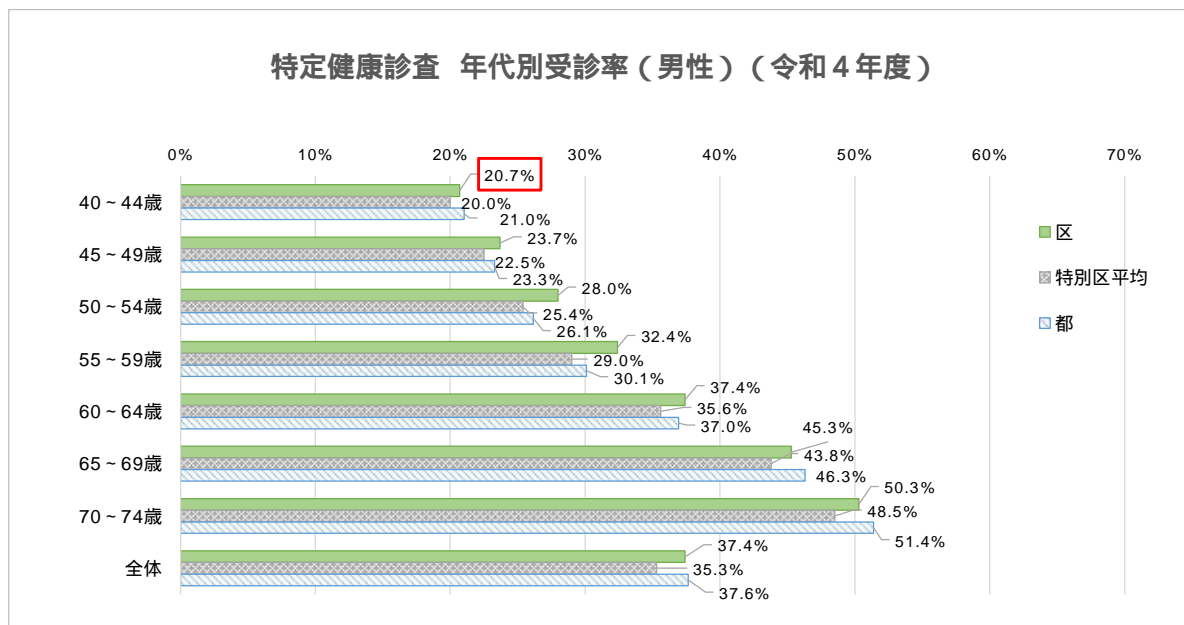
順位	区名	4年度	3年度			順位	区名	4年度	3年度		
			()内は3年度順位	()内は3年度順位	()内は3年度順位				()内は3年度順位	()内は3年度順位	()内は3年度順位
1	葛飾区	48.5	48.7	(2)	13	江東区	39.6	39.6	(13)		
2	墨田区	47.5	49.0	(1)	14	中野区	38.7	37.9	(17)		
3	板橋区	46.6	46.8	(3)	15	渋谷区	38.6	38.6	(14)		
4	目黒区	44.3	44.2	(5)	16	千代田区	38.4	37.9	(18)		
5	江戸川区	44.0	44.0	(6)	17	大田区	38.0	38.0	(16)		
6	荒川区	43.9	45.5	(4)	18	品川区	37.3	37.1	(19)		
7	北区	43.8	43.2	(8)	19	港区	37.2	38.3	(15)		
8	文京区	43.5	43.0	(9)	20	豊島区	35.1	36.5	(20)		
9	台東区	42.8	43.8	(7)	21	中央区	35.0	33.4	(22)		
9	杉並区	42.8	42.0	(11)	22	世田谷区	34.8	34.8	(21)		
11	練馬区	42.5	42.2	(10)	23	新宿区	34.4	32.0	(23)		
12	足立区	41.0	41.3	(12)		23区平均	40.9	40.9			



出典：sucoyaca 帳票「令和4年度 特定健診 特定保健指導実施結果総括表」・厚生労働省

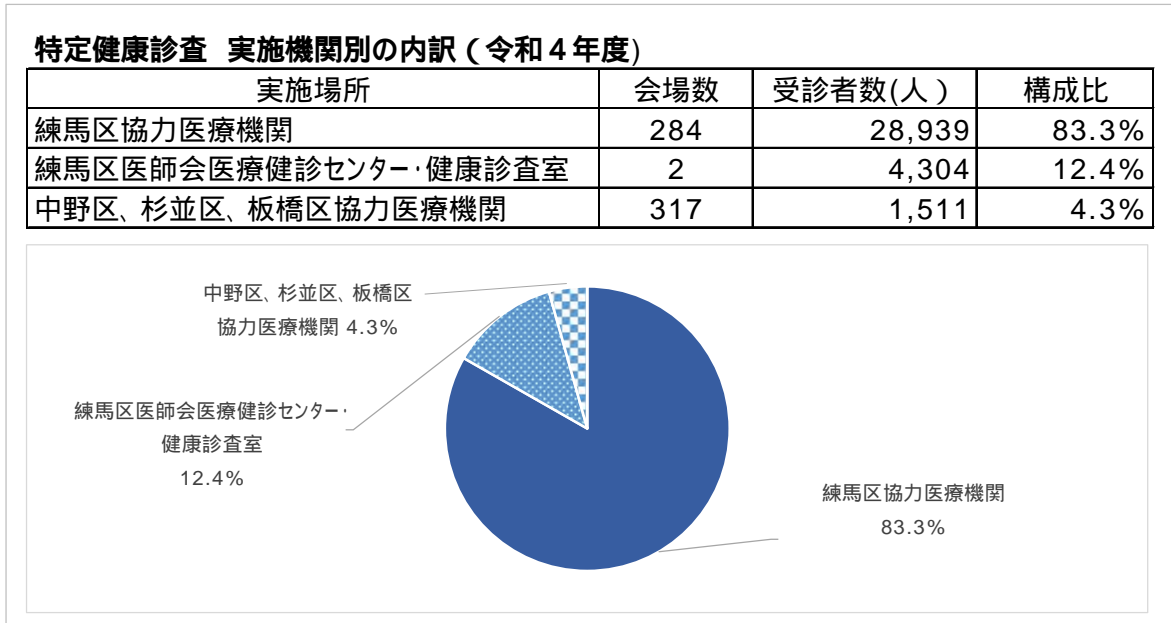
特定健康診査の受診率は、男女とも年齢が上がるほど高くなる傾向があり、令和4年度で最も高いのは女性の70～74歳（58.1%）で、最も低いのは男性の40～44歳（20.7%）である。

特定健康診査の都との比較（性・年齢別）では、65歳以上の受診率は男女ともに都平均より低いが、特別区平均と比べると男女ともに高い。



出典：sucoyaca 帳票「令和4年度 特定健診 特定保健指導実施結果総括表」

特定健康診査の実施機関別の内訳では、令和4年度は区内の医療機関の割合が全受診者数の8割を占めている。



出典：特定健診等データ管理システム帳票：FKAC167「特定健診結果等情報作成抽出ファイル」・FKCA172「特定健診・特定保健指導受診者等ファイル」から作成

イ 特定保健指導の実施状況

対応する健康課題 B

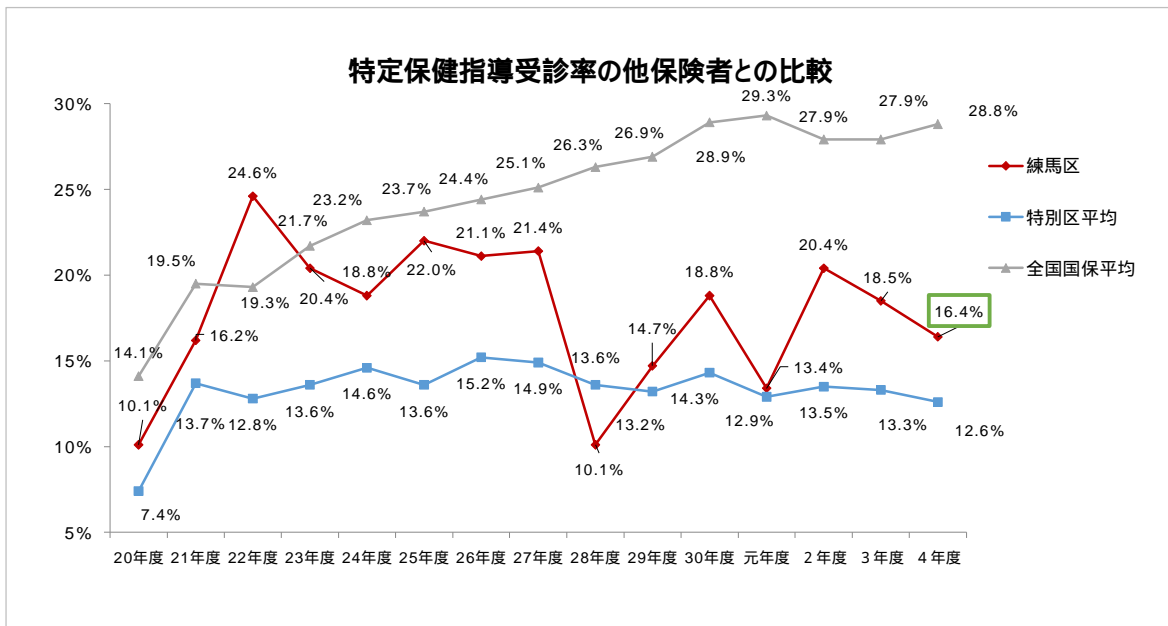
特定保健指導の対象となる割合は、12%前後で推移しており、実施者数は年度によってばらつきがある。

令和4年度の特定保健指導受診率は16.4%であり、特別区平均よりは高いが、目標の25%には達していない。23区国保における順位は3位である。

	第一期					第二期				
	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
対象者数(人)	6,147	6,083	5,361	5,673	5,479	5,009	5,485	5,358	5,035	4,970
特定保健指導の対象となる割合	14.0%	12.9%	11.8%	11.9%	11.5%	10.8%	11.7%	11.5%	11.6%	12.0%
実施者数(人)	618	986	1,321	1,158	1,030	1,102	1,155	1,146	509	731
実施率	10.1%	16.2%	24.6%	20.4%	18.8%	22.0%	21.1%	21.4%	10.1%	14.7%

	第三期				
	30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
対象者数(人)	4,686	4,539	4,313	4,795	4,184
特定保健指導の対象となる割合	12.0%	12.0%	12.6%	13.2%	12.0%
実施者数(人)	879	606	880	889	685
実施率	18.8%	13.4%	20.4%	18.5%	16.4%

順位	区名	4年度	3年度 ()内は3年度順位	順位	区名	4年度	3年度 ()内は3年度順位
1	江戸川区	41.7	44.0 (1)	13	杉並区	10.3	10.3 (13)
2	豊島区	24.6	24.0 (2)	14	荒川区	9.3	2.6 (22)
3	練馬区	16.4	18.5 (3)	15	葛飾区	8.0	8.9 (14)
4	港区	15.6	8.6 (15)	16	中央区	7.6	2.4 (23)
5	文京区	14.5	11.9 (8)	17	目黒区	7.3	11.5 (10)
6	新宿区	14.1	16.5 (4)	18	大田区	7.0	11.7 (9)
7	墨田区	13.1	8.2 (16)	19	台東区	6.8	8.1 (17)
8	北区	12.5	12.2 (7)	20	中野区	6.7	6.3 (19)
9	渋谷区	12.4	12.4 (6)	21	足立区	6.2	5.9 (21)
10	江東区	11.7	15.1 (5)	22	品川区	6.1	7.8 (18)
11	千代田区	10.7	11.0 (11)	23	世田谷区	5.4	6.3 (20)
12	板橋区	10.5	10.9 (12)		23区平均	12.6	13.3



出典：sucoyaca 帳票「令和4年度 特定健診 特定保健指導実施結果総括表」・厚生労働省

令和4年度の特定保健指導【動機付け支援】で、対象者数が最も多いのは、男性の70～74歳（732人）で、最も少ないのは、女性の40～44歳（37人）で、実施率が最も高いのは、男性の40～44歳（32.9%）で、最も低いのは、男性の70～74歳（8.9%）である。

特定保健指導 年齢階層別・男女別の内訳【動機付け支援】（令和4年度）

年代 (歳)	動機付け支援							
	男性				女性			
	対象者 (人)	対象と なった割合	実施者 (人)	実施率	対象者 (人)	対象と なった割合	実施者 (人)	実施率
40～44	76	10.2%	25	32.9%	37	4.6%	10	27.0%
45～49	106	10.7%	21	19.8%	60	6.1%	15	25.0%
50～54	128	9.2%	29	22.7%	77	5.5%	20	26.0%
55～59	135	8.7%	36	26.7%	90	5.2%	28	31.1%
60～64	136	7.7%	26	19.1%	129	4.9%	25	19.4%
65～69	499	16.2%	49	9.8%	284	6.5%	41	14.4%
70～74	732	13.8%	65	8.9%	429	5.4%	54	12.6%
計	1,812	12.2%	251	13.9%	1,106	5.5%	193	17.5%

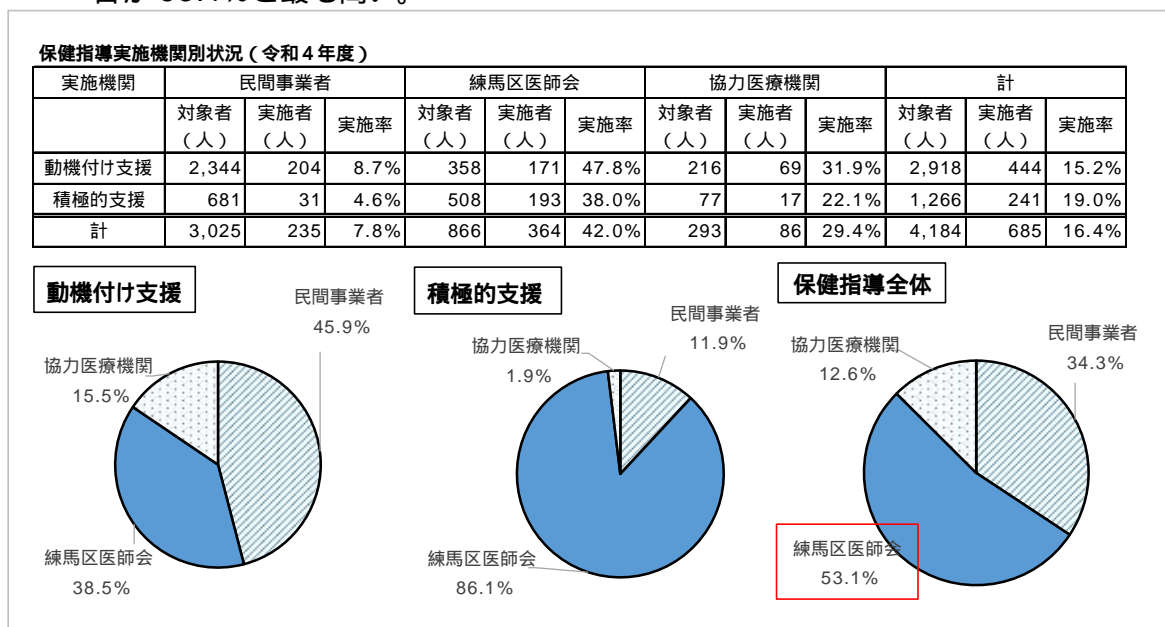
令和4年度の特定保健指導【積極的支援】で、対象者数が最も多いのは、男性の55～59歳（243人）で、最も少ないのは、女性の40～44歳・45～49歳（30人）で、実施率が最も高いのは、女性の50～54歳（26.6%）で、最も低いのは、女性の60～64歳（14.1%）である。

特定保健指導 年齢階層別・男女別の内訳【積極的支援】（令和4年度）

年代 (歳)	積極的支援							
	男性				女性			
	対象者 (人)	対象と なった割合	実施者 (人)	実施率	対象者 (人)	対象と なった割合	実施者 (人)	実施率
40～44	140	18.8%	28	20.0%	30	3.7%	6	20.0%
45～49	168	17.0%	30	17.9%	30	3.1%	5	16.7%
50～54	238	17.1%	56	23.5%	64	4.5%	17	26.6%
55～59	243	15.6%	41	16.9%	52	3.0%	9	17.3%
60～64	216	12.3%	37	17.1%	85	3.2%	12	14.1%
65～69								
70～74								
計	1,005	6.8%	192	19.1%	261	1.3%	49	18.8%

出典：sucoyaca 帳票「令和4年度 特定健診 特定保健指導実施結果総括表」

特定保健指導の実施機関別では、令和4年度は練馬区医師会に比べ、民間事業者委託分・協力医療機関の実施率は低く、保健指導全体では、練馬区医師会での実施した割合が53.1%と最も高い。



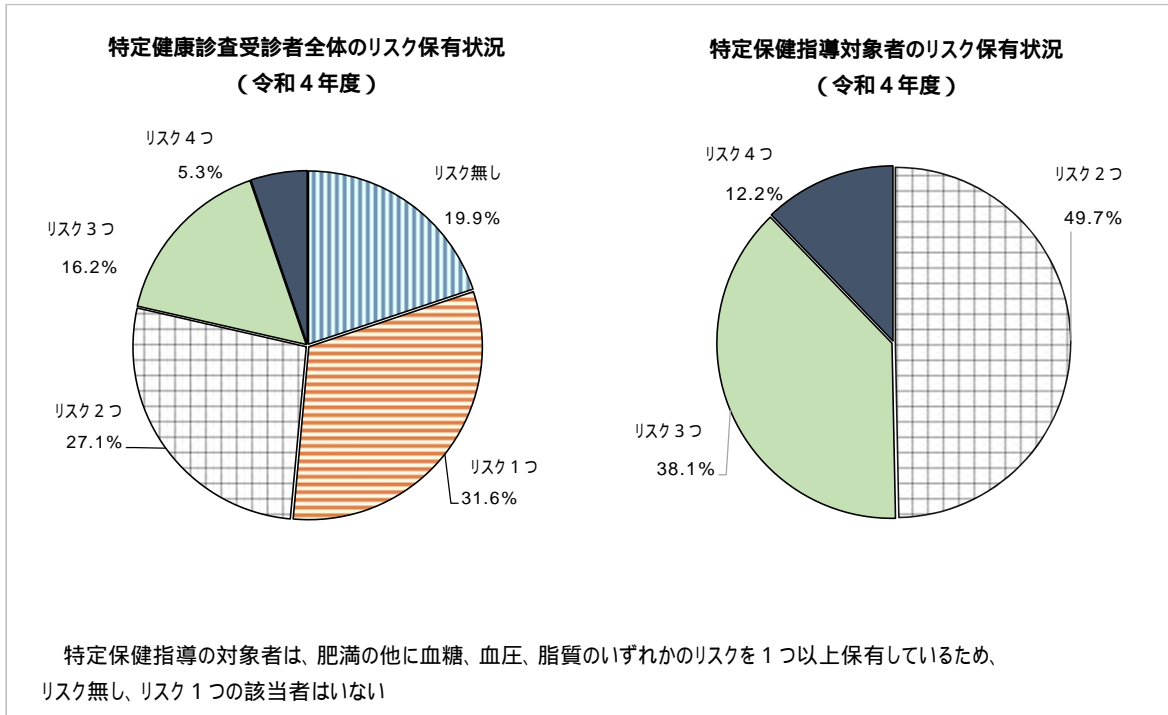
出典：特定健診等データ管理システム帳票：FKAC167・165「特定健診結果等情報作成抽出ファイル」・FKCA172「特定健診・特定保健指導受診者等ファイル」から作成

(2) 特定健康診査結果の状況(有所見率・健康状態)

ア 特定健康診査受診者全体のリスク(肥満・血糖・血圧・脂質)保有状況

特定健康診査受診者全体のリスク(肥満・血糖・血圧・脂質)保有状況を見ると、「リスク無し」は約2割にとどまり、約4人に1人が「リスク2つ」を保有している。

特定保健指導対象者のリスク保有状況を見ると、「リスク2つ(肥満の他に、「血糖、血圧、脂質」のうちいずれか1つのリスクを持つパターン)」を保有する者が約半数を占めている。



出典：特定健診等データ管理システム帳票（FKAC167「特定健診結果等情報作成抽出ファイル」・FKCA172「特定健診・特定保健指導受診者等ファイル」）から作成

イ HbA1cの分布状況

特定健康診査受診者のうち、HbA1cの基準範囲内(5.5%以下)は、約5割で、受診勧奨判定値を超える者は、2,901人で8.3%いる。

HbA1cの分布状況(令和4年度)

HbA1c(%)	定義	該当者数(人)	構成比	(男性)	(女性)
~5.5	基準範囲	17,042	49.0%	7,289人	9,753人
5.6~5.9	5.6:保健指導判定値	11,096	31.9%	4,074人	7,022人
6.0~6.4	6.0:血糖正常化を目指す際の目標	3,715	10.7%	1,698人	2,017人
6.5~6.9	6.5: 受診勧奨判定値	1,424	4.1%	827人	597人
7.0~7.9	7.0: 合併症予防のための目標	1,048	3.0%	665人	383人
8.0~	8.0: 治療強化が困難な際の目標	429	1.2%	256人	173人
	(内)10.0以上	(75)	(0.2%)		

出典：特定健診等データ管理システム帳票：FKAC167「特定健診結果等情報作成抽出ファイル」・FKCA172「特定健診・特定保健指導受診者等ファイル」から作成

ウ 特定健康診査における腎機能データ

最も該当者が多いのは、腎機能の軽度低下も含む「G2A1」で6割を超える。

腎機能の中等度の低下である「G3a」・「G3b」は、合計で20%となっている。

腎機能の中程度の低下である「G3a」・「G3b」は、40～44歳で2.7%であるのに対し、70～74歳では28.3%となっており、加齢とともに腎機能が低下する者の割合が高くなる傾向がある。

腎機能のステージ分類（令和4年度）

e-GFR () 区分			尿たんぱく区分			
			正常	軽度たんぱく尿	高度たんぱく尿	
腎機能	基準値		陰性(-)	疑陽性(±)	陽性(+以上)	
			A1	A2	A3	
正常または高値	90	G1	G1A1 2,558人 (7.4%)	G1A2 282人 (0.8%)	G1A3 139人 (0.4%)	2,979人
正常または軽度低下	60～89	G2	G2A1 21,226人 (61.2%)	G2A2 2,350人 (6.8%)	G2A3 1,048人 (3.0%)	24,624人
軽度～中等度低下	45～59	G3a	G3aA1 5,075人 (14.6%)	G3aA2 744人 (2.1%)	G3aA3 474人 (1.4%)	6,293人
中等度～高度低下	30～44	G3b	G3bA1 427人 (1.2%)	G3bA2 94人 (0.3%)	G3bA3 144人 (0.4%)	665人
高度低下	15～29	G4	G4A1 20人 (0.1%)	G4A2 9人 (0.03%)	G4A3 48人 (0.1%)	77人
末期腎不全	<15	G5	G5A1 2人 (0.01%)	G5A2 5人 (0.01%)	G5A3 18人 (0.1%)	25人
計			29,308人	3,484人	1,871人	34,663人

e-GFRの推計

・男性 e-GFR (ml/分/1.73 m²) = 194 × Cr^{-1.094} × 年齢^{-0.287}

・女性 e-GFR (ml/分/1.73 m²) = 194 × Cr^{-1.094} × 年齢^{-0.287} × 0.739

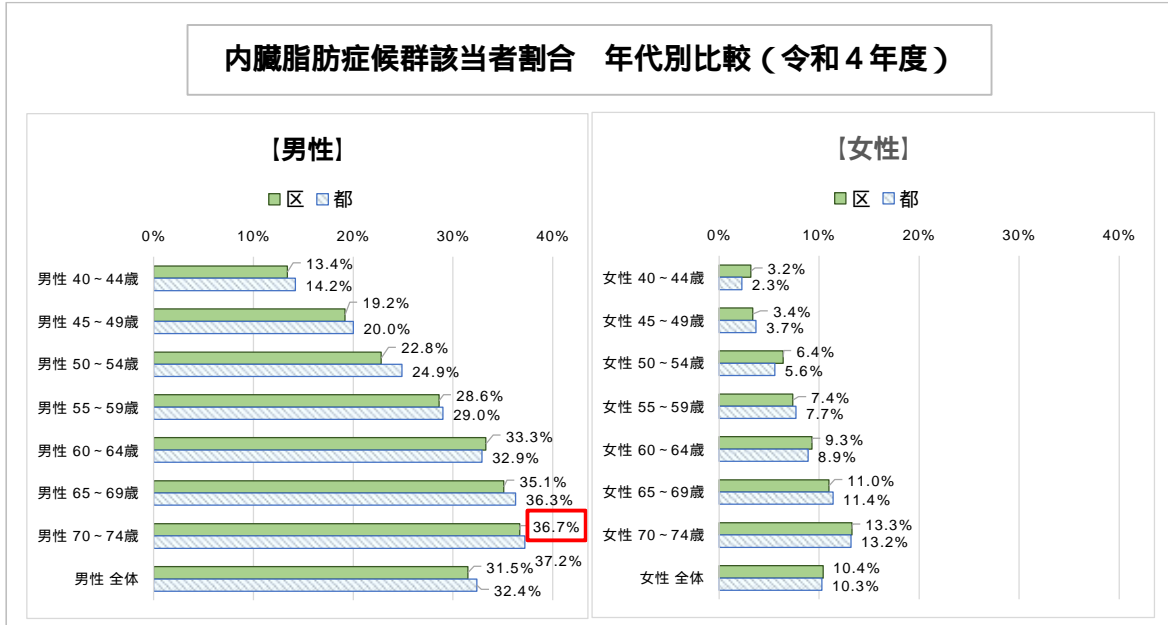
腎機能のステージ分類における性別・年齢階層別の状況（令和4年度）

区分	40～44		45～49		50～54		55～59		60～64		65～69		70～74		男性	女性
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
G1	375	24.3%	340	17.3%	379	13.6%	340	10.3%	350	8.0%	478	6.4%	717	5.4%	1,301	1,678
G2	1,122	72.8%	1,512	77.0%	2,163	77.5%	2,528	76.9%	3,281	75.0%	5,287	70.9%	8,731	65.9%	10,170	14,454
G3a	40	2.6%	107	5.5%	224	8.0%	389	11.8%	674	15.4%	1,517	20.3%	3,342	25.2%	2,830	3,463
G3b	1	0.1%	4	0.2%	18	0.6%	23	0.7%	59	1.3%	153	2.1%	407	3.1%	403	262
G4	1	0.1%		0.0%	3	0.1%	6	0.2%	3	0.07%	19	0.3%	45	0.3%	48	29
G5	2	0.1%		0.0%	3	0.1%		0.0%	7	0.2%	3	0.0%	10	0.1%	14	11
計	1,541	100%	1,963	100%	2,790	100%	3,286	100%	4,374	100%	7,457	100%	13,252	100%	14,766	19,897

出典：特定健診等データ管理システム帳票：FKAC167「特定健診結果等情報作成抽出ファイル」・FKCA172「特定健診・特定保健指導受診者等ファイル」から作成

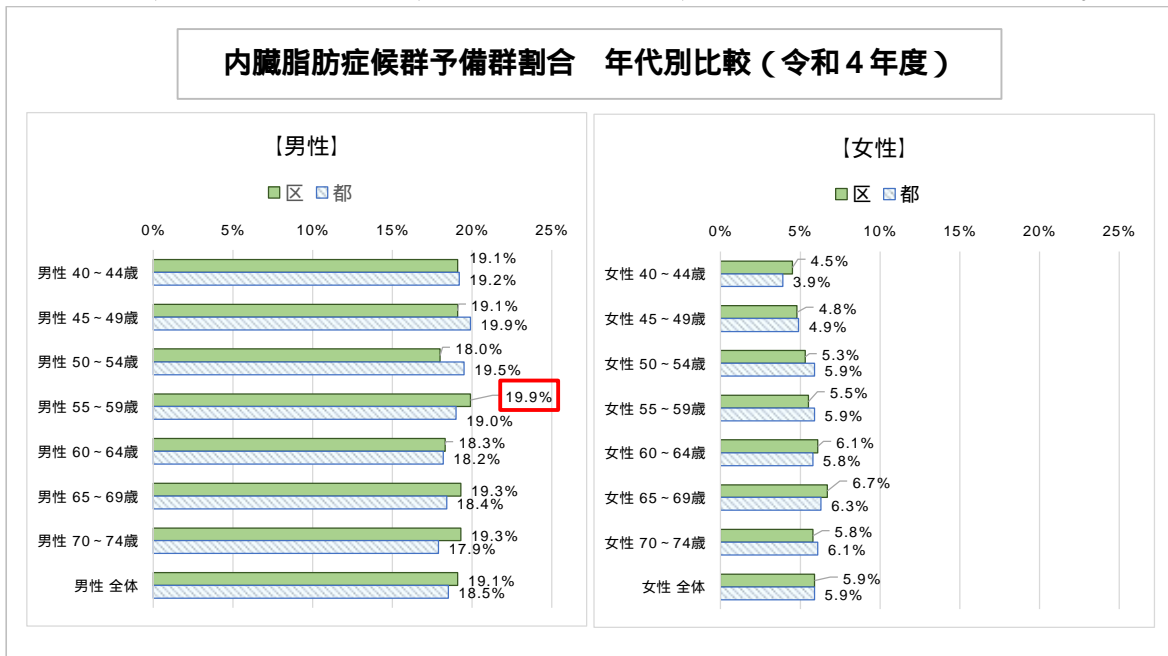
エ 内臓脂肪症候群および予備群の該当者割合

内臓脂肪症候群の該当者割合では、男性の70～74歳が最も高く（36.7%）、男女とも年齢が上がるにつれて比率が高くなっており、都と比較すると、男性の60～64歳、女性の40～44歳、50～54歳、60～64歳、70～74歳が高くなっている。



出典：sucoyaca 帳票「令和4年度 特定健診 特定保健指導実施結果総括表」

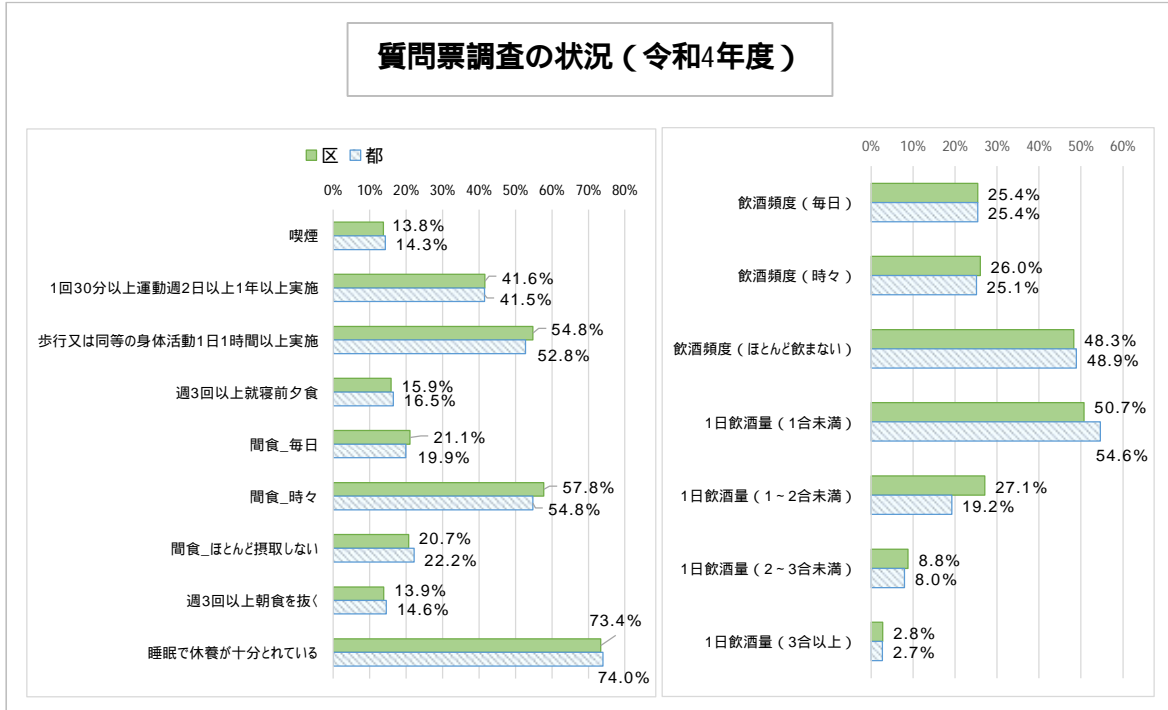
内臓脂肪症候群予備群割合は、男性の55～59歳が最も高（19.9%）く、都と比較すると、男性の55～74歳、女性の40～44歳、60～69歳が高くなっている。



出典：sucoyaca 帳票「令和4年度 特定健診 特定保健指導実施結果総括表」

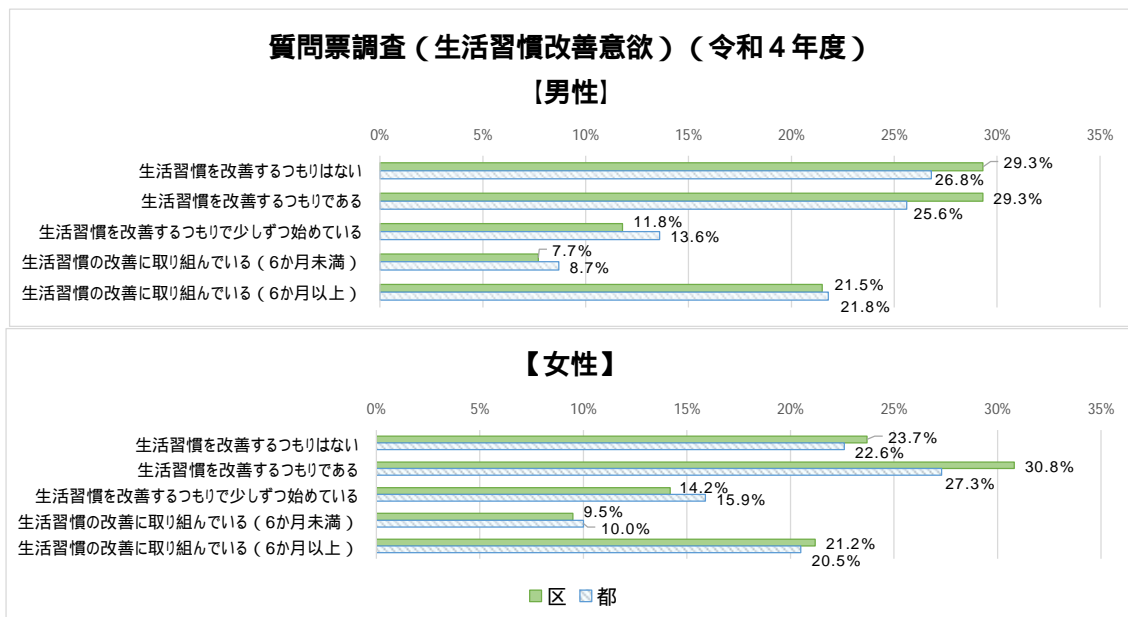
(3) 質問票調査の状況(生活習慣)

質問票調査の状況(生活習慣)は、都と比べて飲酒の項目が高く、ほとんど飲まない人は0.6%低く、1日の飲酒量(1~2合)の割合が7.9%高い。



出典：sucoyaca 帳票「令和4年度 特定健診 特定保健指導実施結果総括表」

生活習慣改善意欲は、「生活習慣を改善するつもりはない」と答えた人が男性では都に比べて高いが、「生活習慣を改善するつもりである」と答えた人も都より高い。



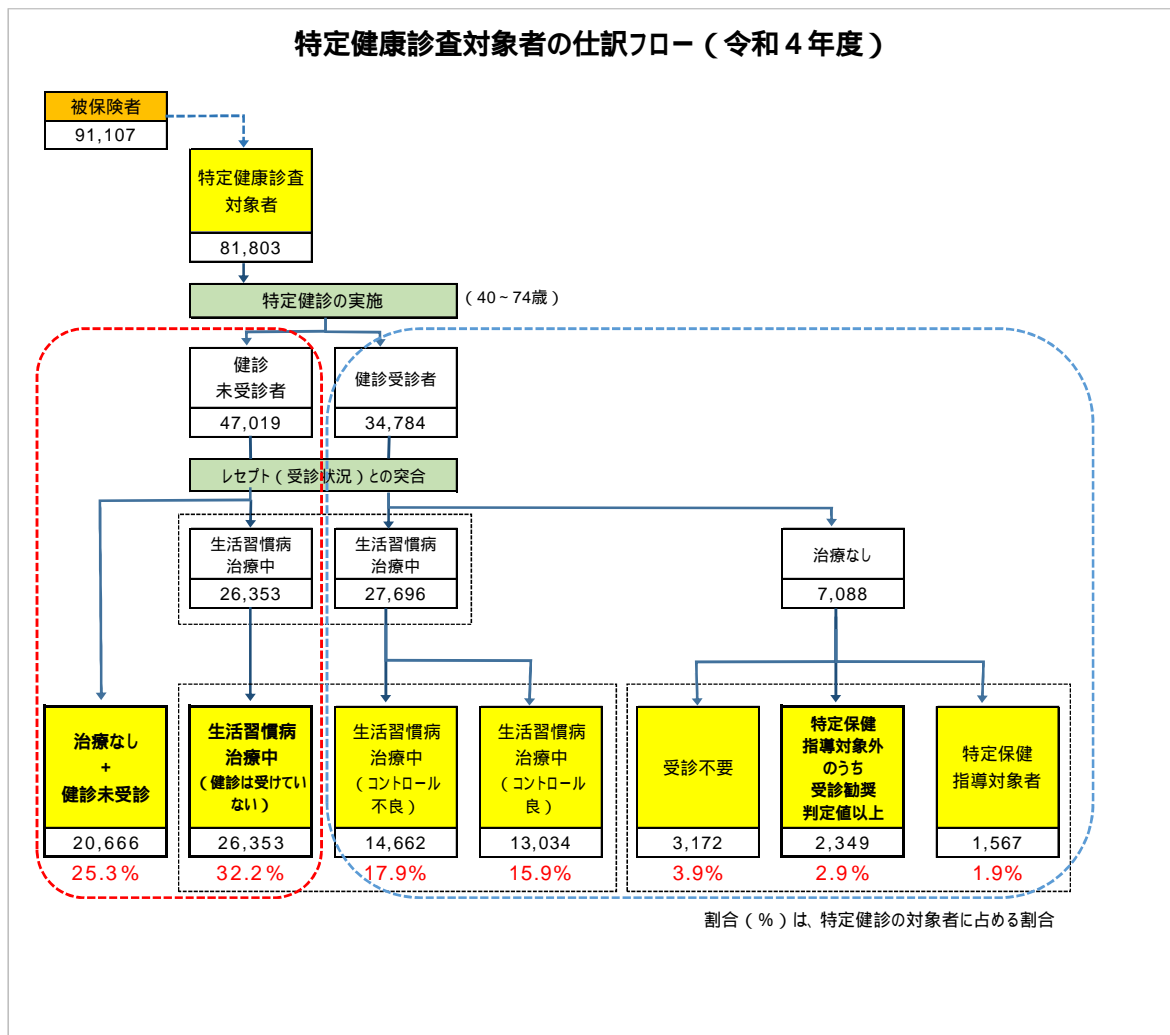
出典：KDB 帳票「質問票調査の状況(令和4年度)」

5 レセプト・健診結果等を組み合わせた分析

(1) 特定健康診査対象者の仕訳フロー

特定健康診査対象者のうち、健診未受診かつ治療のない人（健康状態不明者）が25.3%で、健診未受診だが生活習慣病治療中の人（健康状態不明者）が32.2%いる。

特定健康診査を受診した人の中で、生活習慣病の治療歴がなく特定保健指導の対象外であるが医療機関受診が必要な人が2.9%いる。

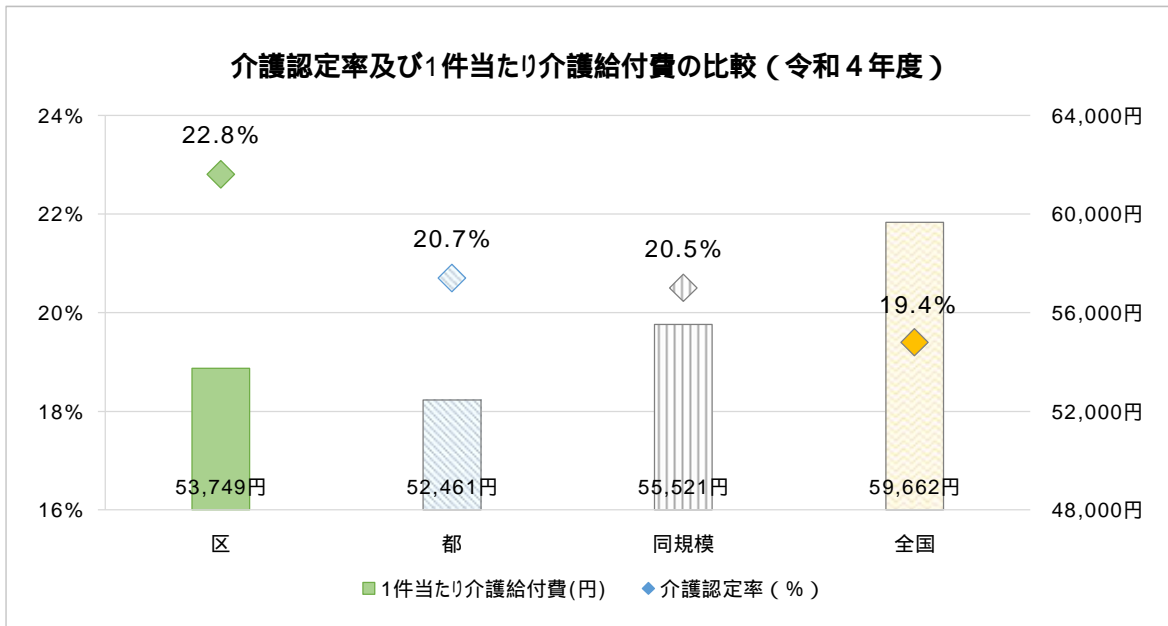


出典：KDB 帳票「厚生労働省様式（様式 5-5）
糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導（令和4年度）」

6 介護費関係の分析

(1) 介護認定率および1件当たり介護給付費

区の介護認定率は22.8%で、都・同規模・全国と比較して高く、1件当たり介護給付費は53,749円で、都と比較すると高いが、同規模・全国と比較すると低い。



出典：KDB 帳票「健診・医療・介護データからみる地域の課題（令和4年度）」

(2) 要介護・要支援認定者の有病状況

要介護・要支援認定者の有病状況は、心臓病（26.2%）、脳疾患（18.8%）、糖尿病（合併症含む）（11.4%）の有病者の割合が高く、平成28年度よりはいずれも減少している。

要介護・要支援認定者の有病状況（令和4年度）

疾病名	要介護・要支援認定者有病率				28年度 4年度 2号被保険者 有病率の変化
	28年度		4年度		
	全体	(再掲) 2号被保険者 (40~64歳)	全体	(再掲) 2号被保険者 (40~64歳)	
心臓病	57.5%	27.5%	60.8%	26.2%	1.3
筋・骨格	50.1%	22.6%	54.2%	22.1%	0.5
脳疾患	25.8%	20.9%	21.4%	18.8%	2.1
精神疾患	35.1%	16.7%	37.8%	15.4%	1.3
糖尿病	23.5%	15.2%	25.1%	11.4%	3.8
(再掲) 糖尿病合併症	3.9%	4.4%	3.7%	2.5%	1.9
がん	11.3%	6.5%	12.5%	6.1%	0.4
難病	3.8%	6.0%	4.3%	5.7%	0.3
その他	58.6%	29.4%	61.2%	27.5%	1.9

出典：KDB 帳票「要介護（支援）認定状況（令和4年度）」

7 その他（後期高齢者・30歳代健診・がん検診等）

（1）後期高齢者健康診査の状況

後期高齢者健診の受診率は29年度以降減少傾向にあったが、令和4年度は前年度と比較し1.7%増加した。「健診受診なし」「医療機関未受診」は、特定健康診査対象者では25.3%であるのに対し、後期高齢者健診対象者は5.6%となっている。

後期高齢者の健診受診状況（令和4年度）

年度	対象者数（人）	受診者数（人）	受診率
30年度	78,393	43,812	55.9%
元年度	80,355	44,320	55.2%
2年度	81,128	42,452	52.3%
3年度	80,803	42,734	52.9%
4年度	82,116	44,840	54.6%

出典：「ねりまの後期高齢者医療 令和4年度版」

後期高齢者の医療機関受診状況（令和4年度）

後期高齢者健診	健診受診あり 48.8%	医療機関受診者 48.3%
	健診受診なし 51.2%	医療機関未受診者 0.4%
特定健康診査	健診受診あり 42.5%	医療機関受診者 45.6%
		医療機関未受診者 5.6%
	健診受診なし 57.5%	医療機関受診者 33.9%
		医療機関未受診者 8.7%
		医療機関受診者 32.2%
		医療機関未受診者 25.3%

出典：KDB 帳票「後期高齢者の健診状況（令和4年度）」
「（厚労省様式 6-10）糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導（令和4年度）」から作成

（2）30歳代健診の実施状況

30歳代健康診査の受診率は低下傾向にあり、特定健康診査受診率と比較すると低い割合となっている。

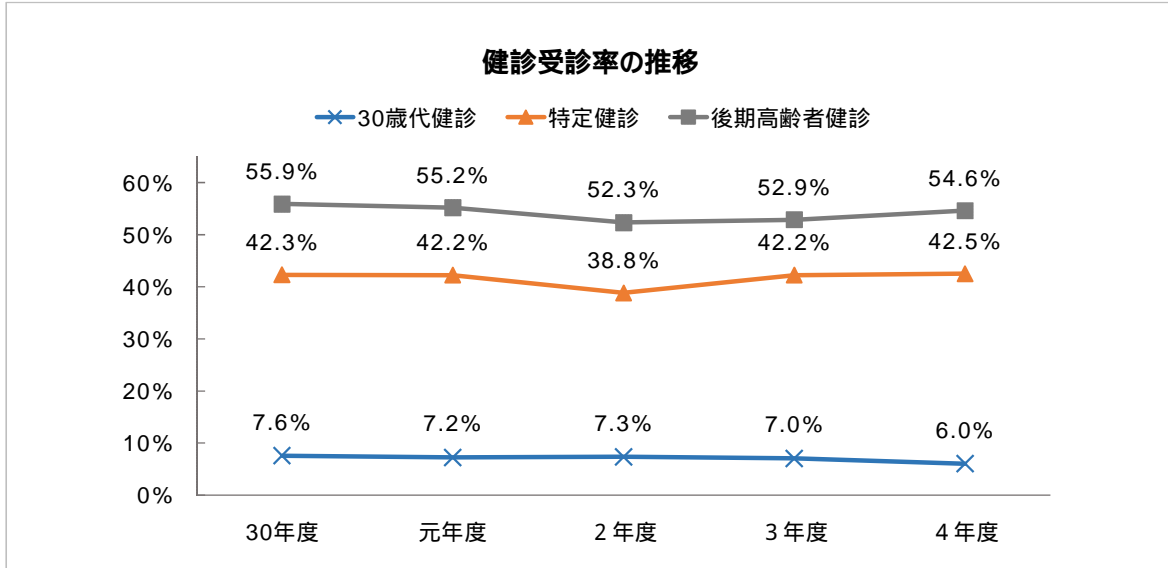
30歳代健康診査の健診受診状況

年度	対象者数（人）	受診者数（人）	受診率
30年度	103,381	7,823	7.6%
元年度	102,198	7,354	7.2%
2年度	102,950	7,544	7.3%
3年度	102,318	7,186	7.0%
4年度	101,174	6,041	6.0%

出典：健康推進課

（3）30歳代健診・特定健康診査・後期高齢者健診の比較

30歳代健診・特定健康診査・後期高齢者健診を比較すると、後期高齢者健診、特定健康診査の受診率は、令和4年度にやや増加したが、30歳代健診は低下している。



出典：健康推進課・sucoyaca 帳票「令和4年度 特定健診 特定保健指導実施結果総括表」
・「ねりまの後期高齢者医療 令和5年度版」

血圧・血糖リスクについては、健診対象年齢が高齢化するほどリスク保有割合は高くなるが、脂質リスクについては後期高齢者健診におけるリスク保有割合は低下している。30歳代であっても、生活習慣病の原因となる血圧・脂質・血糖のリスクを保有している者の割合は低くはなく、脂質については3割以上（36%）の者が保健指導判定値を超えている。

30歳代健診・特定健診・後期高齢者健診のリスク保有状況（令和4年度）

		血圧	脂質	血糖
保健指導判定値以上～ 受診勧奨判定値未満	30歳代健康診査	8.1%	21.1%	14.3%
	特定健診	23.1%	31.3%	42.6%
	後期高齢健診	28.0%	28.3%	51.1%
受診勧奨判定値以上	30歳代健康診査	3.9%	14.9%	0.4%
	特定健診	23.1%	27.1%	8.3%
	後期高齢健診	31.3%	18.2%	13.3%

	保健指導判定値	受診勧奨判定値
血圧	収縮期130 mmHg以上 または拡張期85 mmHg以上	収縮期140 mmHg以上 または拡張期90 mmHg以上
脂質	中性脂肪150mg/dl以上 またはHDL40mg/dl未満 またはLDL120mg/dl以上	中性脂肪300mg/dl以上 またはHDL35mg/dl未満 またはLDL140mg/dl以上
血糖	HbA1c5.6%以上	HbA1c6.5%以上

出典：国保年金課

健診対象年齢が高齢化するほど、腎機能が低下している者の割合が高くなり、腎機能の高度低下を含むG3b以下の者の割合は、特定健康診査受診者で2.25%であるのに対し、後期高齢者健診受診者では14.45%となっている。30歳代健診では、最も該当者が多いのは、腎機能の軽度低下も含む「G2A1」で58.8%となっている。腎機能の中等度の低下である「G3a」「G3b」は、合計0.7%となっており、特定健康診査における割合（20%）に比べ低い。

30歳代健診・特定健康診査・後期高齢者健診の腎機能データ（CKDステージ）の分析（令和4年度）

e-GFR（※）区分			健診区分	尿たんぱく区分			
				正常 陰性（-） A 1	軽度たんぱく尿 疑陽性（±） A 2	高度たんぱく尿 陽性（+以上） A 3	
腎機能	基準値						
正常または 高値	≥90	G 1	30歳代健診	2,337人 (38.7%)	21人 (0.3%)	12人 (0.2%)	2,370人
			特定健診	2,558人 (7.4%)	282人 (0.8%)	139人 (0.4%)	2,979人
			後期健診	1,054人 (2.5%)	192人 (0.4%)	123人 (0.3%)	1,369人
正常または 軽度低下	60~89	G 2	30歳代健診	3,552人 (58.8%)	51人 (0.8%)	23人 (0.4%)	3,626人
			特定健診	21,226人 (61.2%)	2,350人 (6.8%)	1,048人 (3.0%)	24,624人
			後期健診	16,295人 (38.0%)	2,647人 (6.2%)	1,633人 (3.8%)	20,575人
軽度～中等度 低下	45~59	G 3 a	30歳代健診	37人 (0.6%)	2人 (0.03%)	1人 (0.02%)	40人
			特定健診	5,075人 (14.6%)	744人 (2.1%)	474人 (1.4%)	6,293人
			後期健診	10,991人 (25.6%)	2,122人 (4.9%)	1,716人 (4.0%)	14,829人
中等度～ 高度低下	30~44	G 3 b	30歳代健診	2人 (0.03%)	0人 (0.0%)	1人 (0.02%)	3人
			特定健診	427人 (1.2%)	94人 (0.3%)	144人 (0.4%)	665人
			後期健診	3,217人 (7.5%)	838人 (2.0%)	1,087人 (2.5%)	5,142人
高度低下	15~29	G 4	30歳代健診	1人 (0.02%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	1人
			特定健診	20人 (0.1%)	9人 (0.03%)	48人 (0.1%)	77人
			後期健診	399人 (0.9%)	153人 (0.4%)	370人 (0.9%)	922人
末期腎不全	<15	G 5	30歳代健診	1人 (0.0%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	1人
			特定健診	2人 (0.01%)	5人 (0.01%)	18人 (0.1%)	25人
			後期健診	10人 (0.02%)	11人 (0.03%)	73人 (0.2%)	94人
計			30歳代健診	5,930人	74人	37人	6,041人
			特定健診	29,308人	3,484人	1,871人	34,663人
			後期健診	31,966人	5,963人	5,002人	42,931人

※e-GFRの推計

・男性 e-GFR (ml/分/1.73 m²) = 194×Cr^{-1.094}×年齢^{-0.287}

・女性 e-GFR (ml/分/1.73 m²) = 194×Cr^{-1.094}×年齢^{-0.287}×0.739

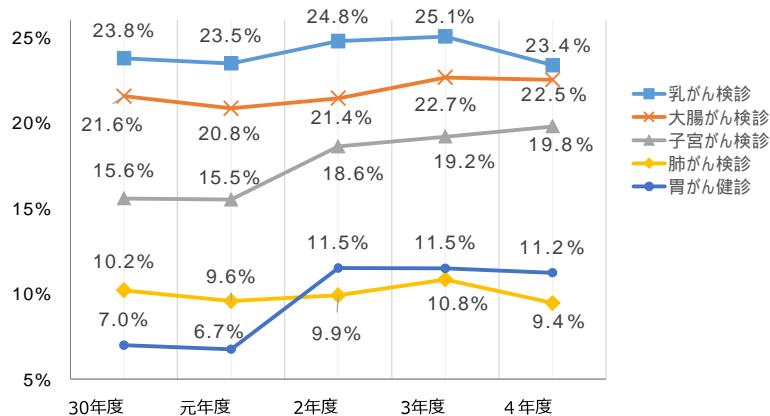
出典：国保年金課

（4）がん検診の状況

各がん検診の受診率は、高いものでも20%台にとどまっている。

がん検診の受診率の推移

検診の種類（1）		乳がん検診	大腸がん検診	子宮がん検診	肺がん検診	胃がん検診
30年度	対象者数	142,874	256,534	209,291	269,711	239,651
	受診者数	33,976	55,312	32,595	27,528	16,714
	受診率	23.8%	21.6%	15.6%	10.2%	7.0%
元年度	対象者数	144,204	258,742	211,534	272,032	243,790
	受診者数	33,863	53,942	32,810	26,008	16,432
	受診率	23.5%	20.8%	15.5%	9.6%	6.7%
2年度	対象者数	130,710	232,048	183,238	231,208	219,040
	受診者数	32,389	49,746	34,125	22,988	25,163
	受診率	24.8%	21.4%	18.6%	9.9%	11.5%
3年度	対象者数	131,649	233,558	183,497	232,714	220,466
	受診者数	32,987	52,919	35,213	25,207	25,303
	受診率	25.1%	22.7%	19.2%	10.8%	11.5%
4年度	対象者数	132,252	234,553	183,610	233,704	221,404
	受診者数	30,912	52,816	36,326	22,071	24,846
	受診率	23.4%	22.5%	19.8%	9.4%	11.2%



【対象者】

- 乳がん 40歳以上で前年度未受診の女性
- 大腸がん 40歳以上の区民
- 子宮がん 20歳以上で前年度未受診の女性
- 肺がん 40歳以上の区民
- 胃がん 40歳以上の区民で前年度胃内視鏡検査未受診の区民

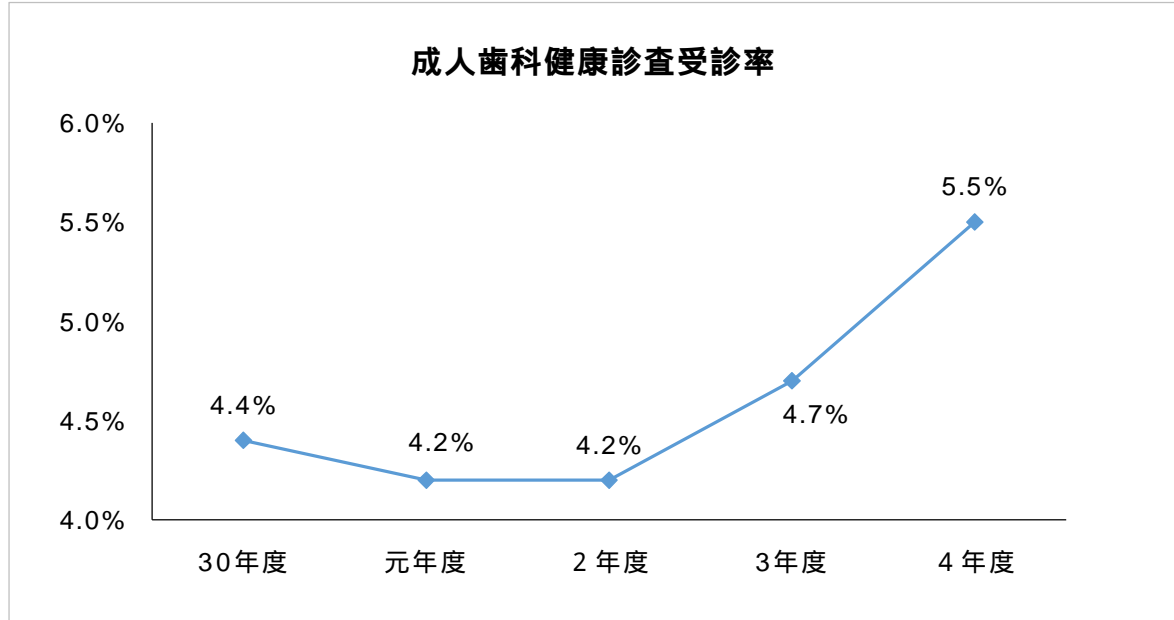
出典：健康推進課

1 国の指針に基づく5つのがん検診を記載している。

- * 対象者数は、受診対象年齢の人口（当該年度の4月1日時点）に、都の「健康増進法に基づくがん検診の対象人口率等調査報告書」に基づく対象人口率を乗じて算出
- * 受診率は、「東京都がん検診精度管理評価事業」の計算方法により算出（乳がん・子宮がん検診は、「（前年度の受診者数+当該年度の受診者数-2年連続受診者数）/当該年度の対象者数×100」）
- * 令和2年度分より、胃がん検診の受診率についても「東京都がん検診精度管理評価事業」の計算方法により算出

（5）成人歯科健康診査の状況

成人歯科健康診査の受診率は、元年度・2年度を底に上昇に転じており、令和4年度は5.5%に増加している。歯科健診の判定状況は、いずれの年代も「要精密」と判定される割合が最も多く、「異常なし」と判定される割合が最も低い。



成人歯科健康診査の判定状況（令和4年度）

年代	受診者数	判定		
		異常なし	要指導	要精密
30歳	322	21 (6.5%)	84 (26.1%)	217 (67.4%)
35歳	312	36 (11.5%)	66 (21.2%)	210 (67.3%)
40歳	461	42 (9.1%)	119 (25.8%)	300 (65.1%)
45歳	476	33 (6.9%)	128 (26.9%)	315 (66.2%)
50歳	673	45 (6.7%)	175 (26.0%)	453 (67.3%)
55歳	799	55 (6.9%)	169 (21.2%)	575 (72.0%)
60歳	687	37 (5.4%)	133 (19.4%)	517 (75.3%)
65歳	645	39 (6.0%)	106 (16.4%)	500 (77.5%)
70歳	512	35 (6.8%)	94 (18.4%)	383 (74.8%)
合計	4,887	343 (7.0%)	1,074 (22.0%)	3,470 (71.0%)

出典：健康推進課

第4章 目的と目標

1 第2期計画からの引き継ぎ・見直し

(1) 計画全体の目的

本計画における「計画全体の目的」とは、計画が目指す方向性である。

第2期のデータヘルス計画では、「健康意識の改革・改善」「国保医療費の適正化」「QOL(生活の質)の維持・向上」を「ねらい」とした。

本計画では、東京都におけるデータヘルス計画の標準化に合わせ、「ねらい」を「目的」に改め、この3つの「目的」は、国保における保健事業の基本であるとともに、保険者として持続可能な運営を行うための責務であることから、本計画に引き継ぐこととする。

(2) 計画全体の目標

本計画における「計画全体の目標」とは、計画における成果を網羅的・包括的に評価するため、経年で見える化が可能な指標を設定するものである(目的と1対1で対応するものではなく、相互に関係するものである)。

第2期のデータヘルス計画では、「特定健康診査・特定保健指導の実施率向上」「一人当たり医療費の伸びを抑制」「健康寿命の延伸」を目標として設定した。本計画においては、「第3章 健康・医療情報等の分析と課題」にて抽出した健康課題を踏まえ、「計画全体の目的」の達成度を図り評価するために最適であることから、「特定健康診査・特定保健指導の実施率向上」「一人当たり医療費の伸びを抑制」は引き継ぐこととする。「健康寿命の延伸」については、東京都におけるデータヘルス計画の標準化に合わせ、KDB システムにて確認が可能な「平均自立期間の延伸」に変更することとする。

(ねらい・目標の見直しの内容)

第2期(30年度~5年度)		新計画(6年度~11年度)		見直しの考え方
ねらい	健康意識の改革・改善 医療費の適正化 QOLの維持・向上	目的	健康意識の改革・改善 医療費の適正化 QOLの維持・向上	東京都のデータヘルス計画の標準化に合わせ、「目的」に改めた。
目標	特定健康診査・特定保健指導の実施率向上 一人当たり医療費の伸びを抑制 健康寿命の延伸	目標	特定健康診査・特定保健指導の実施率向上 一人当たり医療費の伸びを抑制 <u>平均自立期間</u> の延伸	東京都のデータヘルス計画の標準化に合わせ、「平均自立期間」に改めた。

2 計画全体の目的と目標の内容



3 (目標) 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上

令和11年度までに、特定健康診査の実施率を50%に、特定保健指導の実施率を25%にする。

実績 令和4年度までの実績はつぎのとおり。

(1) 特定健康診査

	30年度	元年度	2年度	3年度	4年度	5年度
各年度の目標値	45%	50%	50%	45%	48%	50%
実績	42.3%	42.2%	38.8%	42.2%	42.5%	

(2) 特定保健指導

	30年度	元年度	2年度	3年度	4年度	5年度
各年度の目標値	30%	35%	40%	20%	23%	25%
実績	18.8%	13.4%	20.4%	18.5%	16.4%	

**目標
設定**

(1) 特定健康診査

6年度	7年度	8年度	9年度	10年度	11年度
43%	45%	46%	48%	49%	50%

特定健康診査の実施率は近年、コロナ禍の影響を受けた令和2年度を除き、概ね42%台で推移している。第3期特定健康診査等実施計画においては、令和5年度の目標を50%とし取り組んできたものの目標達成には至っていない。

第4期特定健康診査等実施計画においては、受診勧奨等の今後の取組の効果を見込んだ現実的な目標の設定として、令和11年度の目標実施率を50%とする。

(2) 特定保健指導

6年度	7年度	8年度	9年度	10年度	11年度
20%	21%	22%	23%	24%	25%

特定保健指導の実施率は近年、コロナ禍の影響を受けた令和元・2年度を除き、概ね18%台前後で推移している。第3期特定健康診査等実施計画においては、令和5年度の目標を25%とし取り組みを進め、特別区の中では上位の実施率となっているものの目標の達成には至っていない。

第4期特定健康診査等実施計画においては、ICTのさらなる活用等を進め、令和11年度の目標実施率を25%として取り組んでいく。

4 (目標) 一人当たり医療費の伸びを抑制

令和 11 年度の「一人当たり医療費」について、**対令和 4 年度比の伸び率を 14% 増に抑制する。**

実績

第 2 期データヘルス計画における一人当たり医療費の伸び率の実績はつぎのとおり。コロナ禍の影響により医療機関の受診控えが起きるなど、年度により伸び率にばらつきがある。

	30 年度	元年度	2 年度	3 年度	4 年度
対 28 年度比の 伸び率	2.6%	5.1%	2.7%	13.6%	15.8%
一人当たり医療費	313,294 円	320,914 円	313,445 円	346,707 円	353,634 円

平成 28 年度の一人当たり医療費は 305,326 円

目標 設定

平成 28 年度から令和 4 年度までの 6 年間の伸び率は 15.8% である。現在の保健事業をそのまま実施した場合、令和 4 年度から令和 11 年度までの 7 年間の伸び率は、 $15.8\% \times 7/6 = 18.4\%$ (年間伸び率は約 2.6%) であると推計する。

11 年度 (推計)

対 4 年度で 18.4% 増と推計

推計による毎年の平均伸び率は 2.6% であるが、保健事業の取組により 毎年度 2% 増までに抑制し、令和 11 年度の「一人当たり医療費」について、対令和 4 年度比の 14% 増に抑制することを目標とする。

5 年度	6 年度	7 年度	8 年度	9 年度	10 年度	11 年度
2 %	4 %	6 %	8 %	10 %	12 %	14 %

5 (目標) 平均自立期間の延伸

令和 11 年度の「平均自立期間」について、令和 4 年度実績からの延伸を目指す。

実績

平均自立期間の実績は以下のとおりである。

	元年度	2 年度	3 年度	4 年度
実績	男性 78.3 歳 女性 80.9 歳	男性 78.2 歳 女性 81.3 歳	男性 78.6 歳 女性 81.4 歳	男性 78.7 歳 女性 81.2 歳
前年から延伸した年数	男性 +0.1 女性 0.2	男性 0.1 女性 +0.4	男性 +0.4 女性 +0.1	男性 +0.1 女性 0.2

【平均自立期間とは】

- ・「日常生活に制限のない期間の平均」となる指標
- ・介護データを用いて、「要支援・要介護」を「日常生活に制限がある期間」として算出し、「平均余命」から「日常生活に制限がある期間」を除いたものが「平均自立期間」。

目標設定

平均自立期間について、令和 4 年度実績からの延伸を目標とする。

なお、第 2 期のデータヘルス計画においては、健康寿命を図る指標として「65 歳健康寿命（東京保健所長会方式）」を使用した。本計画の指標は、東京都がデータヘルス計画における健康寿命を測る共通評価指標として設定した「平均自立期間」を使用する。

令和 11 年度目標

平均自立期間を令和 4 年度実績から延伸

第5章 取組と個別保健事業

1 取組内容の見直し

「計画全体の目標」を達成するため4つの取組を行う。また、それぞれの取組の中で個別の保健事業を実施する。

第2期のデータヘルス計画では、「特定健康診査・特定保健指導の推進」「糖尿病対策の強化」「国保から広げる健康づくり」の3つの取組を行ってきた。

本計画の策定にあたり、改めてデータの分析を行った結果を踏まえ、つぎのとおり取組を再設定する。

取組のうち「特定健康診査・特定保健指導の推進」については本計画に引き継ぐ。

「糖尿病対策の強化」は、引き続き糖尿病対策に取り組むとともに、高血圧への取組を新たに開始することとし、「生活習慣病の重症化予防」に改編する。

「国保から広げる健康づくり」は、新たに「医療の適正な受診支援」を取組として設定するとともに、引き続き国保部門以外の部署との連携を取りながら「健康意識向上に向けた啓発等」に取り組んでいく。

なお、個別保健事業のうち重点的に取り組むものについては、P54の図において、重点事業である旨を記載している。

《取組の見直し内容》

	第2期（～5年度）	第3期（6年度～）
取組1	特定健康診査・特定保健指導の推進	特定健康診査・特定保健指導の推進
取組2	糖尿病対策の強化	生活習慣病の重症化予防
取組3	国保から広げる健康づくり	医療の適正な受診支援
取組4		健康意識向上に向けた啓発等

2 個別保健事業

4つの取組に対して、それぞれ保健事業を設定し、全体で「11つの保健事業」を展開することにより、計画全体の目的に向かって、3つの目標の達成を目指し、4つの取組の成果や効果を高めていく。

個別事業には、保健事業の評価をするうえで、各事業の成果を測る**アウトカム指標**と、結果となる事業の実施状況や実施量を測る**アウトプット指標**を設定する。なお、令和2・3年度は新型コロナウイルス感染症の拡大による行動制限等の影響があり、各事業は事業効果だけではなく、回復基調による影響も受けるものと予測される。

4つの取組と、それぞれの保健事業の詳細については、P56以降に記載する。

【再掲】対応すべき健康課題

対応すべき健康課題	
A	<p>特定健康診査受診率は、男女とも若い年齢層ほど受診率が低く、年齢が上がるほど高くなる傾向がある。40～64歳は男女とも都と比べて受診率はやや高いが、65～74歳の年代は都と比べて低い状況である。</p> <p>参照（P31）3 特定健康診査・特定保健指導の分析</p>
B	<p>特定保健指導の実施率が低い状況である。年齢が高くなるほど対象者は多くなり、実施率が下がる傾向にある。</p> <p>参照（P34）3 特定健康診査・特定保健指導の分析</p>
C	<p>一人当たり医療費が増加傾向にある。生活習慣病に関連する疾病の医療費の割合が高い。中でも合併症を含む糖尿病は、人数の割合は他の生活習慣病に比べて少ないものの医療費は高い。</p> <p>参照（P18・21）2 医療費の分析</p>
D	<p>生活習慣病の患者数では高血圧症・脂質異常症が多く、中でも高血圧症の患者数が一番多い。</p> <p>また一人当たり医療費は、高血圧症が糖尿病に次いで高い。</p> <p>参照（P24）2 医療費の分析</p>
E	<p>平均余命は都・同規模・全国と比較して若干長いものの、平均自立期間は、同程度の水準である。そのため、自立していない期間（日常生活に制限がある期間）が長い状況にある。</p> <p>参照（P17）1 平均余命・平均自立期間等</p>

取組1

特定健康診査・特定保健指導の推進

現状
(データの
分析結果)

特定健康診査の実施率は4割程度、特定保健指導の実施率は2割程度である。

特定健康診査は、年齢が低い層ほど実施率が低く、年齢が上がるほど実施率も高くなる傾向がある。

特定保健指導の実施率は、特別区の中では上位であるが、全国国保の平均と比べると低い。

課題

特定健康診査の受診率が低い若年層に、健康診査を定期的・継続的に受診する習慣をつけてもらうこと。

60歳以上は、他の年代と比較して実施率は高いものの、都平均と比べると低い状況である。60歳以上のさらなる受診率向上が必要であること。

特定健康診査、特定保健指導の受けやすさ、利用しやすさを向上させ、実施率の向上を図ること。

保健事業

(1) 特定健康診査

重点事業

行動変容を促す「ナッジ理論」を用いた受診勧奨を行い、年齢層や不定期受診者など、対象に応じた個別の受診勧奨を行う。

若年層の利用率が高いSNSの積極的な活用など、様々な媒体を駆使し、受診勧奨を行う。

特定健康診査とがん検診を同時受診できる環境の充実を図り、利便性の向上を図る。

(2) 特定保健指導

重点事業

オンラインによる特定保健指導の面談等、ICTを活用して特定保健指導の利用しやすさを向上させる。

目指す状態

特定健康診査の目標値(50%)を達成し、国保加入者が定期的・継続的な健康管理をしている
健診結果(生活習慣病リスク)に応じて特定保健指導の対象となった者が、目標値(25%)を超えて特定保健指導を受け、生活習慣の改善が図られている

取組1 事業1 特定健康診査

(1) 事業の概要

事業の目的

- メタボリックシンドロームに着目し、内臓脂肪の蓄積を把握することにより、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の発症や重症化予防を図る

事業の概要

- 特定健康診査を実施する

対象者

- 40～74歳の被保険者

(2) 評価指標

アウトカム指標（事業の成果）

No.	評価指標	評価対象・方法						
1	生活習慣改善意欲がある者の割合	特定健康診査の問診票で、改善意欲があると回答した者の割合						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	73.5% (R4)	73.8%	74.0%	74.2%	74.4%	74.7%	75.0%	

No.	評価指標	評価対象・方法						
2	毎年継続して受診する者の割合	3年間連続で受診した被保険者の割合						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	29.5% (R4)	30%	31%	32%	33%	34%	35%	

アウトプット指標（事業の実施状況・実施量）

No.	評価指標	評価対象・方法						
1	特定健康診査受診率	法定報告値						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	42.5%（R4）		43%	45%	46%	48%	49%	50%

No.	評価指標	評価対象・方法						
2	個別受診勧奨の実施	個別受診勧奨の実施						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	実施（R4）		実施	実施	実施	実施	実施	実施

No.	評価指標	評価対象・方法						
3	がん検診と同時実施可能な医療機関の充実	同時受診できる医療機関数						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	実施（R4）		充実	充実	充実	充実	充実	充実

（3）プロセス（方法）

周知

特定健康診査の対象者には、「健康診査・がん検診等の受診案内」とともに、特定健康診査受診券を発券し、送付する。

勧奨

- ア 個別の勧奨ハガキにより、特定健康診査の受診勧奨を実施する。
（対象者は、受診率の低い年代の節目年齢の者、不定期受診者、39歳、高血圧のハイリスク者、転入者、再受診勧奨等）
- イ 特定健康診査の受診勧奨の際にがん検診・成人歯科健診の勧奨を併せて行い、相乗効果により実施率の向上を図る。

実施および実施後の支援

- ア 実施形態
集団健診（練馬区医師会医療健診センター等）および個別健診（区内および近隣区協力医療機関）を実施する。
- イ 実施場所
・練馬区医師会医療健診センター・練馬区健康診査室（40歳から64歳までの者に限る）
・練馬区内・板橋区内・杉並区内・中野区内の協力医療機関

ウ 時期・期間

練馬区特定健康診査および特定保健指導実施要綱において定める。(5月～11月)

エ データ取得

対象者から人間ドックの結果について提供を受ける。

また、必要に応じて事業者健診等の健診受診者のデータを収集する。

オ 提供結果

特定健康診査の結果は、原則として医師による対面により説明を行い、検査値の意味および生活習慣病リスク等に関する丁寧でわかりやすい情報提供や、基準値を超える場合の受診勧奨等を実施する。

その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)

ア 65歳以上の健診受診率が東京都と比べて低いことから、これまで実施していた60歳・65歳女性への受診勧奨を拡大し、60・65歳男性への受診勧奨を新たに実施する。

イ 受診勧奨の通知等にナッジ理論を活用し、これまで未受診だった方の受診や毎年継続受診する「健診リピーター」を増やす等、被保険者の行動変容を促す。

ウ 特定健康診査とがん検診を同時に受診できる医療機関を増やし、受診者の利便性向上を図る。また、特定健康診査とがん検診・成人歯科健診の勧奨を併せて行うことで、相乗効果により実施率の向上を図る。

エ SNSの活用など情報発信、受診勧奨の媒体を増やし、様々な機会をとらえた受診勧奨を行う。

(4) ストラクチャー(実施体制)

庁内担当部署

特定健康診査の実施は、国保年金課から健康推進課に執行委任する。受診勧奨は国保年金課において実施する。

保健医療関係団体(医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)

・練馬区医師会、練馬区内の医療機関(練馬区医師会に加入していない医療機関に限る)、近隣区医師会(板橋区・杉並区・中野区)に委託する。

・かかりつけ医からの特定健康診査の受診勧奨により実施率の向上を図る。

国民健康保険団体連合会

特定健康診査および特定保健指導に関する費用決済およびデータ管理等の業務は、「特定健康診査および特定保健指導の実施に関する基準」の第16条第3項の規定により、東京都国民健康保険団体連合会に委託する。

他事業

特定健康診査と、がん検診（肺がん、大腸がん、胃がん）の同時受診ができる体制づくりを推進する。また、特定健康診査、がん検診、成人歯科健診、眼科健診、骨粗しょう症検診、肝炎ウイルス検査の案内は、対象者に対して同時に通知する。

その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）

- ア 特定健康診査と複数のがん検診の同時受診を拡充する。

- イ 練馬区医師会医療健診センターにおける健診について、インターネット予約により受診の利便性を図る。

取組1

事業2 特定保健指導

(1) 事業の概要

事業の目的

- メタボリックシンドロームに着目した指導を行い、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る

事業の概要

- 特定保健指導を実施する

対象者

- 特定保健指導基準該当者
(特定健康診査の結果から、メタボリックシンドロームのリスクが基準値を超えた者)

(2) 評価指標

アウトカム指標(事業の成果)

No.	評価指標	評価対象・方法						
1	内臓脂肪症候群該当者割合	法定報告値						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	19.4% (R4)		19.0%	18.5%	18.0%	17.5%	17.0%	16.5%
No.	評価指標	評価対象・方法						
2	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						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	23.9% (R4)		25.0%	25.3%	25.6%	25.9%	26.2%	26.5%

アウトプット指標（事業の実施状況・実施量）

No.	評価指標	評価対象・方法						
1	特定保健指導実施率	法定報告値						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	16.4%（R4）		20%	21%	22%	23%	24%	25%

No.	評価指標	評価対象・方法						
2	特定保健指導の利用勧奨の実施	特定保健指導の利用勧奨の実施						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	実施（R4）		実施	実施	実施	実施	実施	実施

（3）プロセス（方法）

周知

原則として特定健康診査の結果が出た後に、対象者に利用案内を配付する。

勧奨

委託事業者から利用案内を郵送し勧奨を行うとともに、電話による利用勧奨を行う。

実施および実施後の支援

ア 初回面接

特定保健指導対象者へ健診結果の確定後に案内を送付し、申込に基づいて実施する。

イ 実施場所

- ・練馬区医師会医療健診センター・練馬区健康診査室（同所で特定健康診査を受診した者）
- ・特定保健指導を実施する協力医療機関（同所で特定健康診査を受診した者）
- ・区立施設（保健相談所等） 委託事業者（上記以外で特定健康診査を受診した者）

ウ 実施内容

対象者が自身の生活習慣病発症リスクを自覚し、生活習慣改善のための取り組みを行うため、専門職（管理栄養士、保健師）による面談を行う。面談では対象者と共に個人の状況に応じた持続可能性のある行動目標を立てる（特に腹囲－2 cm、体重－2kg を意識した目標設定を行う）。支援終了時には評価を行う。

【積極的支援】

- ・対象者が自身の健康状態（メタボリックシンドロームや生活習慣病リスクが、動機付け支援よりも高いこと）を自覚し、具体的で実践的な行動目標を設定し、自主的な生活習慣改善の取組を継続できるような指導を行う。
- ・途中終了や中断が生じないように適切なフォローや対策を講じ、継続率を指標とした評価を行う。
- ・次年度の健診を受診する等、支援終了後も取組が継続できるよう指導する。

【動機付け支援】

- ・積極的支援に比べ、メタボリックシンドロームや生活習慣病のリスクが低いことも踏まえ、現状以上の悪化を予防する必要性やメリット等を中心に、わかりやすく支援する。

エ 時期・期間

特定健康診査の結果が出た後から次年度の健康診査を開始するまでの間とする。

その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）

ア オンライン面談等、ICTを活用した特定保健指導の利便性向上について検討する。

イ 区の健康課題（飲酒量など）に係る数値や状況について留意して特定保健指導を実施する。

ウ 特定保健指導の参加者ヘインセンティブを付与し、実施率の向上を図る。

エ 特定保健指導の実施率向上に向けて、受けやすい環境整備について検討する。

(4) ストラクチャー（実施体制）

庁内担当部署

特定保健指導の実施は、国保年金課から健康推進課に執行委任する。

保健医療関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）

特定健康診査を練馬区医師会（練馬区医師会医療健診センター・練馬区健康診査室）および特定保健指導を実施する練馬区内の協力医療機関で受診した者は、同所にて特定保健指導を実施する。それ以外の者は、委託事業者が特定保健指導を実施する。

国民健康保険団体連合会

特定健康診査および特定保健指導に関する費用決済およびデータ管理等の業務は、「特定健康診査および特定保健指導の実施に関する基準」の第16条第3項の規定により、東京都国民健康保険団体連合会に委託する。

民間事業者

医師会・協力医療機関における特定保健指導実施対象者以外の特定保健指導を行う。

その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）

特定保健指導を行う医師会・協力医療機関・委託事業者の専門職（管理栄養士、保健師）の研修会および連絡会を開催し、保健指導の質の向上を図る。

取組2 生活習慣病の重症化予防

現状
(データの
分析結果)

生活習慣病である糖尿病・高血圧症・脂質異常症の患者数の割合が増加している。
糖尿病性腎症および糖尿病の合併症による人工透析患者（糖尿病が重症化した患者数）の割合が、全国や東京都と比較して高い。
生活習慣病に関連する疾病が医療費総額の約4割を占めている。

課題

糖尿病の合併症による人工透析患者は、患者数は多くはないものの、医療費（全体）に占める割合が最も高い疾病となっている。
糖尿病の重症化を予防し、人工透析患者を減らすことは医療費抑制につながる。
糖尿病などの生活習慣病は、健診結果により早い段階で医療機関を受診したり生活習慣を改善することで、重症化を予防することができる。
生活習慣病の中で、高血圧症の患者の割合が最も多く、対策が必要である。

保健事業

(1) 糖尿病重症化予防（受診勧奨）

重点事業

糖尿病のリスクのある者に医療機関受診勧奨を行い、早期の治療につなげる。

(2) 糖尿病重症化予防（個別支援）

重点事業

糖尿病治療中の者に、食事・運動等の生活習慣を見直す個別支援プログラム（保健指導）を提供し、生活習慣の改善を図る。

(3) 高血圧リスク者への受診勧奨

重点事業

高血圧のリスクがある者に医療機関受診勧奨を行い、早期の治療につなげる。

(4) 生活習慣病予防の推進

生活習慣病のリスクが低い段階で、正しい生活習慣病の知識がつくよう、生活習慣病予防教室の案内を送付し、参加勧奨を行う。

目指す状態

糖尿病・高血圧のリスクがある方が、自身の健康に関心を持ち、予防に取り組んでいる
糖尿病患者が、適切な治療を受け、生活習慣を改善することで、合併症の発症や重症化を予防している

取組2 事業3 糖尿病重症化予防(医療機関受診勧奨)

(1) 事業の概要

事業の目的

- 糖尿病重症化のリスクがある者のうち未受診者および受診中断者の早期治療につなげる

事業の概要

- 糖尿病重症化のリスクがある者のうち、医療機関の未受診者および受診中断者に受診勧奨通知の送付を行い、早期の受診を促す

対象者

選定方法		対象者はつぎの選定基準を基本とし、事業の効果等を検証しながら年度ごとに決定する
選定基準	健診結果による判定基準	当該年度の特定健康診査の健診結果における血糖、尿蛋白、e-GFRの値を基に判定
	レセプトによる判定基準	・未受診者は、レセプトが無い者 ・治療中断者は、6か月以上治療を中断している者

(2) 評価指標

アウトカム指標(事業の成果)

No.	評価指標	評価対象・方法						
1	受診勧奨により治療を開始した者の割合	通知発送後のレセプトで受診有の者の割合						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	55.5%(R4)	()	60%					

各年度の対象者のうち、60%の人が治療を開始することを目標とする。

アウトプット指標(事業の実施状況・実施量)

No.	評価指標	評価対象・方法						
1	受診勧奨実施数	医療機関受診勧奨を行った延人数(再受診勧奨を含む)						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	146人(R4)	120人	240人	360人	480人	600人	720人	

(3) プロセス(方法)

勸奨

糖尿病重症化のリスクがある者のうち、未受診および受診中断者に医療機関の受診勸奨通知を送付し、正しい健康情報の提供と医療機関の受診勸奨を促す。また通知の発送後、電話による勸奨を行う。

実施および実施後の支援

通知を発送した者について、レセプトで受診状況を確認する。

その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)

ア 対象者について、医師会専門医からの助言を受け抽出条件を決定する。

イ 医療機関受診勸奨後も引き続き未受診の者に対して、再受診勸奨および希望者に対する対面指導を実施する。

(4) ストラクチャー(実施体制)

庁内担当部署

国保年金課および健康推進課が医療機関受診勸奨通知を発送する。

保健医療関係団体(医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)

ア 毎年度、事業開始前に医師会および区内医療機関に事業の周知を行い協力を得る。

イ 対象者の抽出条件等について、医師会専門医からの助言を受け選定を行う。

かかりつけ医・専門医

糖尿病医療連携マップへの登録を行う。

民間事業者

委託事業者が、通知発送後に電話による勸奨を実施する。

また、医療機関受診勸奨後も引き続き未受診の者に対して、再受診勸奨および希望者に対する対面指導を実施する。

その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)

ア 国保年金課から対象者へ受診勸奨通知を発送後、委託事業者から電話による受診勸奨を行う。

イ 当該年度に受診勸奨を実施したものの未受診の者等に対し、健康推進課が再受診勸奨を行う。

取組2 事業4 糖尿病重症化予防(個別支援)

(1) 事業の概要

事業の目的

- 糖尿病重症化のリスクがある者に対して、生活習慣の改善を図ることにより糖尿病の重症化を予防する

事業の概要

- 糖尿病重症化のリスクがある者のうち糖尿病治療中の者に対して、食事や運動等の生活習慣改善のための保健指導を実施する

対象者

選定方法		対象者はつぎの選定基準を基本とし、事業の効果等を検証しながら年度ごとに決定する
選定基準	健診結果による判定基準	前年度の健診結果における血糖、尿蛋白、e-GFRの値を基に判定
	レセプトによる判定基準	糖尿病のレセプトがある者

(2) 評価指標

アウトカム指標(事業の成果)

No.	評価指標	評価対象・方法						
1	個別支援実施者の介入後の健診結果において、血糖の値が改善した者の割合	翌年度の健診における血糖の値が改善した個別支援実施者の割合						
	計画策定時実績	目標値 ()	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	63.6% (R3 支援者)		70%					

各年度の対象者のうち、70%の人の血糖値が改善することを目標とする。

アウトプット指標(事業の実施状況・実施量)

No.	評価指標	評価対象・方法						
1	個別支援実施者数	個別支援を終了した者の延べ人数						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	14人(R4)		25人	50人	75人	100人	125人	150人

(3) プロセス(方法)

周知

区から対象者へ、個別支援の利用案内を送付する。

勧奨

委託事業者から、電話および郵送により利用勧奨を行う。

実施および実施後の支援

ア 利用申込

希望者は電話または郵送等にて申込み。

イ 実施内容

委託事業者の専門職(管理栄養士、保健師)が個別面談・電話・通信等により月1回程度の個別保健指導を実施する。

ウ 時期・期間

9月～3月の間に実施。支援期間は6か月間

エ 場所

区立施設等

オ 実施後の評価

個別支援終了時にアンケートを実施し、プログラムの内容等を評価する。

カ 実施後のフォロー・継続支援

個別支援実施者に対して、翌年度に特定健康診査の受診勧奨を実施する。

その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)

ア 利用案内送付後、電話による勧奨の実施を行うとともに、郵送による勧奨について効果的な通知内容を検討し参加率向上を図る。

イ 支援参加者を対象とした集団セミナーを実施し、生活習慣の改善に対する知識の向上を図る。

ウ 糖尿病連携手帳の活用を図り、合併症に対する意識向上と早期発見・早期治療を図る。

(4) ストラクチャー（実施体制）

庁内担当部署

国保年金課が、健康推進課の専門職と連携を図り実施する。
国保年金課において、対象者へ利用案内を送付する。

保健医療関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）

ア 毎年度、事業開始前に医師会および区内医療機関に事業の周知を行い協力を得る。

イ 医師会等が行う会議体に出席・参加し、区の糖尿病の状況等の情報共有を図る。

ウ 対象者の選定および保健指導における指導方法等について、医師会専門医からの助言を受ける。

かかりつけ医・専門医

かかりつけ医からの指示書に基づき支援を行う。また、かかりつけ医に個別支援実施状況の報告書を送付し情報共有を図る。

民間事業者

委託事業者にて電話勧奨および保健指導を実施する。

他事業

保健相談所で実施する糖尿病講座を案内する。

その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）

個別支援利用者が、国保から後期高齢者医療制度に移行した際に、継続した支援に繋がるよう、後期高齢者への糖尿病重症化予防事業を行う高齢者支援課との連携を図る。

取組2 事業5 高血圧リスク者への医療機関受診勧奨【新規】

(1) 事業の概要

事業の目的

- 高血圧リスク保有者のうち未受診者の早期治療につなげる

事業の概要

- 特定健康診査結果の血圧の値が高いハイリスク者のうち医療機関の未受診者に受診勧奨通知の送付を行い、早期の受診を促す

対象者

選定方法		特定健康診査の健診結果を基に事業の対象者を抽出する
選定基準	健診結果による判定基準	2か年の健診結果で血圧値が受診勧奨値(160~179/100~109)以上の者を抽出
	レセプトによる判定基準	2か年の健診結果で血圧値が受診勧奨値(160~179/100~110)以上の者を抽出かつ医療機関未受診者を抽出
	その他の判定基準	2か年目は健診未受診者かつ前年度 度高血圧かつ今年度医療機関未受診者
除外基準		高血糖で未受診者通知を発送している者
重点対象者の基準		度高血圧者(180以上/110以上)

(2) 評価指標

アウトカム指標(事業の成果)

No.	評価指標	評価対象・方法						
1	受診勧奨により治療を開始した者の割合	通知発送後のレセプトで受診有の者の割合						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
			検討					

アウトプット指標(事業の実施状況・実施量)

No.	評価指標	評価対象・方法						
1	受診勧奨実施数	医療機関受診勧奨を行った延人数						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
			200件	400件	600件	800件	1,000件	1,200件

(3) プロセス(方法)

勸奨

血圧の値が高い者を対象に医療機関の受診勸奨通知を送付し、正しい健康情報の提供と医療機関の受診勸奨を促す。

実施および実施後の支援

通知を送付した者について、レセプトで受診状況を確認する。

その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)

ア これまで実施してきた糖尿病重症化予防事業受診勸奨におけるノウハウを活用し、効果的な通知内容等を検討する。

イ 通知内容には、講演会など健康情報も合わせて発信する。

ウ 通知発送後に受診しなかった者のレセプト分析を行い、効果的な勸奨について検討材料とする。

(4) ストラクチャー(実施体制)

庁内担当部署

ア 健康推進課と国保年金課が協力して、医療機関受診勸奨通知を送付する。

イ 勸奨後のフォローについて、保健相談所等と協力して実施する。

保健医療関係団体(医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)

ア 医師会と事業の共有を図りながら実施する。

イ 勸奨通知の内容等について、医師会専門医からの助言を受ける。

取組2 事業6 生活習慣病予防の推進

(1) 事業の概要

事業の目的

- 生活習慣病のリスクが低い段階で生活習慣病の知識を身につけ、重症化を予防するための生活習慣を身につける

事業の概要

- 生活習慣病のリスクのある被保険者を対象として、保健相談所が開催する生活習慣病予防教室の案内を送付する

対象者

- 生活習慣病のリスクのある被保険者

(2) 評価指標

アウトカム指標 (事業の成果)

No.	評価指標	評価対象・方法						
1	生活習慣病予防教室参加者のうち血糖の値が改善した者の割合	参加者の次年度の健診結果において血糖の値が改善した者の割合						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	58.3% (R3 支援者)	()	65%					

各年度の参加者のうち、65%の人の血糖値が改善することを目標とする。

アウトプット指標 (事業の実施状況・実施量)

No.	評価指標	評価対象・方法						
1	生活習慣病予防教室に参加した糖尿病ハイリスク者数の延べ人数	案内を送付した者のうち生活習慣病予防教室に参加した者の延べ人数						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	18人(R4)		30人	60人	90人	120人	150人	180人

(3) プロセス(方法)

国保年金課と保健相談所が、生活習慣病予防教室の定員等により、案内を送付する対象者の範囲を決定する。

国保年金課から、対象者へ生活習慣病予防教室の案内を送付(希望する対象者は、保健相談所に参加申込)する。

保健相談所が、教室を開催する。

国保年金課が、実施の翌年度に、参加勧奨を行い生活習慣病予防教室に参加した者のレセプトを確認し効果を計る。

(4) ストラクチャー(実施体制)

保健相談所は、生活習慣病予防教室を実施する。

国保年金課から各保健相談所の管轄区域に住む対象者へ案内を送付する。

取組3 医療の適正な受診支援

現状
(データの
分析結果)

被保険者の中には、受診回数や処方箋が多数ある重複・頻回受診等の者が一定数おり、医療機関へのかかり方を見直すなど適正な受診や服薬管理につながる支援が必要である。

区のジェネリック医薬品の利用率は国の目標値を下回っており、全国平均と比較しても低い状況である。一人当たり医療費の削減のためには、利用率向上が求められる。

課題

従来の重複・頻回受診者訪問指導事業では、自身の疾病等から直ちに減薬が見込めない者もいるなど実績が低下傾向にある。

通院の頻度や服薬の量が比較的多い、重複・頻回受診等の傾向にある潜在的な対象者に対しても、支援のアプローチが必要である。

後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用差額通知の対象薬剤の範囲が限定的であり、利用率の伸び悩みの一因となっている。

ジェネリック医薬品利用率の更なる向上のためには、被保険者への普及啓発に向けた更なる取り組みが求められる。

保健事業

(1) 訪問服薬健康相談

重点事業

全国初の取組として令和5年度から再編した訪問服薬健康相談事業において、練馬区薬剤師会の専門的な知見を得て、服薬管理等支援の必要な対象者を的確に捉え、事業効果の向上を図る。

重複・頻回受診等の傾向にある方に対し、医療機関への適正な受診や服薬管理を促す方法を検討するなど対象拡充を図る。

(2) ジェネリック医薬品利用促進

後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用差額通知の対象薬剤の範囲を拡大し、ジェネリック医薬品利用率の向上を図る。

練馬区薬剤師会と連携し、区民向けの各種相談会等を活用した、ジェネリック医薬品利用促進のための普及啓発事業に取り組む。

目指す状態

被保険者が医療機関への適正な受診や服薬管理の必要性・重要性を認識し、自身の健康が保持・増進されている

ジェネリック医薬品利用率が国の目標値を上回り、一人当たり医療費が削減されている

取組3

事業7 訪問服薬健康相談

(1) 事業の概要

事業の目的

- 重複・頻回受診者等の適正受診を促し、健康の保持増進および医療費抑制を図ることを目的とする

事業の概要

- 重複・頻回受診者等の適正受診を促し、健康の保持増進および医療費抑制を一層図るため、練馬区薬剤師会と連携した、訪問による服薬相談と健康相談を一体的に行う

対象者

対象者はつぎの選定基準を基本とし、事業の効果等を検証しながら年度ごとに決定する国保被保険者のうち、

- 3か月連続して、1か月に同一疾病での受診医療機関が3か所以上（重複受診）
- 3か月連続して、1か月に同一医療機関での受診が15回以上（頻回受診）
- 3か月連続して、1か月に同一薬剤または同様の効能・効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方されている（重複投薬）
- 同一月に複数の医療機関で処方された薬剤に併用禁忌薬がある（併用禁忌）
- 同一月に15剤処方以上もしくは3か月以上の長期処方を受けている（多量投薬）

(2) 評価指標

アウトカム指標（事業の成果）

No.	評価指標	評価対象・方法						
1	本事業が、適正な受診、服薬管理の必要性・重要性の理解につながったと回答した者の割合	実施後の参加者アンケートによる						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
			45%	50%	55%	60%	65%	70%

No.	評価指標	評価対象・方法						
2	医療費が削減された者の割合	参加者のうち、医療費が削減された者の割合（対前年同月比）						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	58%（R4）		60%	62%	64%	66%	68%	70%

No.	評価指標	評価対象・方法						
3	削減した医療費	参加者の医療費削減額（対前年同月比）						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	5万円（R4）		20万円	30万円	60万円	90万円	120万円	150万円

No.	評価指標	評価対象・方法						
4	関係機関の支援につなげた者の割合	参加者のうち、関係機関の支援につなげた者の割合（事業報告による）						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
			45%	50%	55%	60%	65%	70%

アウトプット指標（事業の実施状況・実施量）

No.	評価指標	評価対象・方法						
1	事業参加率	対象者のうち事業に参加した者の割合						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	9%（R4）		15%	20%	25%	30%	35%	40%

（3）プロセス（方法）

周知

区ホームページ、SNSのほか、薬剤師会会員薬局窓口でのポスター掲示およびチラシ配布により周知する。

勧奨

ア 対象者宛てにお知らせ（意向確認書）を送付し訪問服薬健康相談事業の参加申込みを受け付ける。

イ 参加の意向確認が取れなかった方および参加延期の意向を示した方には、再勧奨のお知らせを送付するとともに、練馬区薬剤師会会員薬局窓口においても、かかりつけ薬剤師から対象者に事業の参加を勧奨する。

実施および実施後の支援

ア 対象者への服薬健康相談（1回目）

対象者からの申込を受け、担当薬剤師が日程調整を行う。対象者の意向を踏まえ、薬剤師による自宅訪問、かかりつけ薬局での薬局相談、練馬区薬剤師会による講演会・相談会の参加のいずれかにより、服薬健康相談を実施する。

イ 対象者への服薬健康相談（2回目）

上記 ~ のいずれかにより1回目参加者へのフォローアップを行う。

その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）

ア 区は、服薬健康相談により確認できた対象者の健康状態等と課題、改善に向けた助言等について、練馬区薬剤師会から報告を受ける。併せて、毎年事業終了後、服薬健康相談の結果を集計、分析、評価等を行った事業報告を受ける。

イ 重複・頻回受診等の傾向にある方に対し、医療機関への適正な受診や服薬管理を促す方法を検討するなど対象拡充を図る。

（４）ストラクチャー（実施体制）

庁内担当部署

国保年金課が練馬区薬剤師会に事業を委託して実施する。

保健医療関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）

国保年金課から事業の委託を受けた練馬区薬剤師会が対象者に服薬健康相談を行う。

その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）

ア 令和5年度から練馬区薬剤師会と連携した訪問による服薬相談と健康相談を一体的に行う相談体制を構築し、訪問服薬相談事業を開始した。併せて対象者の抽出条件の見直しも行った。

イ 練馬区薬剤師会の意見を踏まえ、通知対象者の抽出条件を見直すなど対象者を的確に捉え、事業効果の向上を図る。

取組3 事業8 ジェネリック医薬品利用促進

(1) 事業の概要

事業の目的	<ul style="list-style-type: none"> ジェネリック医薬品の利用を促進することにより、被保険者の負担軽減と医療費の削減を図る
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> 先発医薬品の利用者に対して、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担軽減額を示した差額通知書を発送する
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ジェネリック医薬品に切り替えることで、自己負担額が月額100円以上軽減される者

(2) 評価指標

アウトカム指標（事業の成果）

No.	評価指標	評価対象・方法						
1	ジェネリック医薬品利用率	ジェネリック医薬品が存在する医薬品のうち、ジェネリック医薬品が利用されている数量の割合						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	77.2% (R4)		78.0%	78.8%	79.6%	80.4%	81.2%	82.0%

アウトプット指標（事業の実施状況・実施量）

No.	評価指標	評価対象・方法						
1	差額通知発送数	差額通知の年間発送数						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	17,716件 (R4)		20,000件	20,000件	20,000件	20,000件	20,000件	20,000件

No.	評価指標	評価対象・方法						
2	差額通知対象者の切替率	差額通知書の対象者のうち、1年以内にジェネリック医薬品に切り替えた者の割合						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	16.8% (R4)		17.0%	17.2%	17.4%	17.6%	17.8%	18.0%

(3) プロセス(方法)

周知

ジェネリック医薬品の利用促進について、区ホームページおよび「国保のしおり」などのパンフレットにより周知する。

勸奨

対象者には、年間3回、送付する。

実施および実施後の支援

差額通知書について、対象抽出および通知書印刷を東京都国民健康保険団体連合会に委託し、練馬区が発送する。発送後の対応として、ヘルプデスクを東京都国民健康保険団体連合会に委託して設置する。

その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)

ア 差額通知書については、対象薬剤を変更することで、より多くの対象者を抽出する。

イ 区ホームページやパンフレット等の媒体を通じて、ジェネリック医薬品の利用促進のための普及啓発を行う。また、ジェネリック医薬品の供給不足が継続している状況から、薬剤によってはジェネリック医薬品への切り替えが困難な場合があることについても周知する。

(4) ストラクチャー(実施体制)

庁内担当部署

国保年金課が、ジェネリック医薬品の普及啓発、差額通知書の発送および効果の分析と評価を行う。

保健医療関係団体(医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)

練馬区薬剤師会が、練馬区と連携して、講演会等を活用し普及啓発を行う。

その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)

東京都国民健康保険団体連合会(委託先)が、対象者の抽出、差額通知書の印刷、ヘルプデスクの運用および効果の測定を行う。

取組4 健康意識の向上に向けた啓発等

現状
(データの
分析結果)

30歳代健診は、40歳代の特定健康診査と比べて受診率が低い。
後期高齢者は、「血压」「血糖」のリスクを保有する割合が高い。
練馬区では、適正な量を超えて飲酒する者の割合が、東京都に比べて多い。

課題

喫煙のリスクを知ってもらい、健康に対する意識を高めることが必要。
30歳代等の若年層では、健康に関する意識が低く健康診査を受ける習慣がある者が少ない。
国民健康保険の保険者として、被保険者が後期高齢者制度へ移行した後も見据えた保健事業の実施が必要。

保健事業

(1) 健康情報の発信

区報・ホームページ、健康管理アプリ等、様々な媒体を通して、健康情報を発信する。
健康管理アプリコンテンツの充実を図る。
喫煙のリスクの周知を図るとともに、携帯電話等で利用できる禁煙支援を行う。

(2) 30歳代健診の受診勧奨

30歳代健診を実施するとともに、国保被保険者への受診勧奨を行い、健康診査を受診する習慣づくりを行う。

(3) 後期高齢者医療制度・地域包括ケアシステムとの連携

区の関連部署が一体となって高齢者の健康づくりに取り組む「高齢者みんな健康プロジェクト」に国保部門として参画する。

目指す状態

被保険者が、健康づくりに関する正しい知識を持ち、自ら進んで健康増進に取り組んでいる
後期高齢者医療制度や地域包括ケアシステムとの連携がとれ、高齢者の健康づくりに一体的に取り組んでいる

取組4

事業9 健康情報の発信

(1) 事業の概要

事業の目的

- 国保被保険者および区民の健康意識を高める

事業の概要

- 区報・ホームページ、健康アプリ、国保のしおり等、様々な媒体を通じて、健康情報に関する広報を実施する

対象者

- 国保被保険者・全区民

(2) 評価指標

アウトカム指標（事業の成果）

No.	評価指標	評価対象・方法						
1	喫煙率（たばこを習慣的に吸っている者の割合）	特定健康診査質問票の喫煙についての質問において「はい」と回答した者の割合						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	13.8%（R4）	（年度ごとの目標値は設定しない）						12.0%

アウトプット指標（事業の実施状況・実施量）

No.	評価指標	評価対象・方法						
1	健康情報の発信	健康情報の様々な媒体での発信						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	実施（R4）	充実	充実	充実	充実	充実	充実	

(3) プロセス（方法）

生活習慣病予防に関する啓発を様々な媒体（区報、ホームページ、国保のしおり、受診勧奨ハガキ等）により実施する。

国保の現状や課題について周知する。

練馬健康管理アプリを活用した健康情報を発信する。

練馬健康管理アプリを使用した健康意識の啓発をする。

喫煙のリスクや健康への影響についてホームページで情報発信する。

セルフメディケーションの情報をホームページで提供する。

(4) ストラクチャー（実施体制）

国保年金課、健康推進課および保健相談所は、区報・ホームページ等により、生活習慣病予防、喫煙リスク等の健康情報を発信する。

国保年金課は、国保被保険者を対象として「国保のしおり」「受診勧奨ハガキ」等により健康情報を発信する。

健康推進課は、練馬健康管理アプリを活用した健康情報を発信する。

取組4 事業10 30歳代健康診査の受診勧奨

(1) 事業の概要

事業の目的	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査の対象となる前の若い年代から健康診査受診を習慣化し、健康意識の向上を図る
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> 30歳代健康診査を実施するとともに、国保被保険者へ受診の働きかけを実施する
対象者	<ul style="list-style-type: none"> 30歳代の国保被保険者

(2) 評価指標

アウトカム指標（事業の成果）

No.	評価指標	評価対象・方法						
1	国保被保険者の30歳代健康診査受診率	国保被保険者のうち、30歳代健康診査を受診した者の割合						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	14.8% (R4)		15.0%	15.3%	15.6%	15.9%	16.2%	16.5%

アウトプット指標（事業の実施状況・実施量）

No.	評価指標	評価対象・方法						
1	個別受診勧奨の実施	個別受診勧奨の実施						
	計画策定時実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	実施 (R4)		実施	実施	実施	実施	実施	実施

(3) プロセス（方法）

30歳代健康診査対象者のうち国保被保険者に対し、それぞれの世帯状況や年齢に合わせた健診受診勧奨を行い、健康意識向上の啓発を行う。

SNS やお子様の健診案内の際など、幅広く健康診査の周知を行う。

(4) ストラクチャー（実施体制）

健康推進課が30歳代健康診査を実施、国保年金課が30歳代の国保被保険者へ受診勧奨を実施する。

取組4 事業11 後期高齢者医療制度・地域包括ケアシステムとの連携

(1) 事業の概要

事業の目的

- 後期高齢者医療制度・地域包括ケアシステムとの連携を図り、高齢者の健康づくりを支援する

事業の概要

- 区では、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施として、高齢者みんな健康プロジェクトを実施している。高齢者みんな健康プロジェクトに国保部門として参画し、国保の保健事業等のデータの提供や、地域課題を共有することで、後期高齢者医療制度や地域包括ケアシステムとの連携を推進する

対象者

- 全区民、国保被保険者、後期高齢者医療制度被保険者

(2) 評価指標

アウトカム指標（事業の成果）

No.	評価指標	評価対象・方法						
1	後期高齢者健康診査の受診率	後期高齢者健康診査を受診した者の割合						
	計画策定実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	54.61% (R4)		54.91%	55.06%	55.21%	55.36%	55.51%	55.66%

後期高齢者においては、新型コロナウイルス感染症の影響が長引いていると考えられ、受診率の上昇は、事業効果だけでなく、回復基調による影響も受けるものと予測される。

アウトプット指標（事業の実施状況・実施量）

No.	評価指標	評価対象・方法						
1	高齢者みんな健康プロジェクトへの参画	高齢者みんな健康プロジェクト担当者連絡会への参加						
	計画策定実績	目標値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	実施 (R4)		実施	実施	実施	実施	実施	実施

(3) プロセス(方法)

国保で保有する前期高齢者の健康課題を高齢者福祉部門に伝えるとともに、広域連合が保有する後期高齢者医療制度のデータを収集して国保のデータと連結し、分析を行う。抽出した健康課題を、高齢者みんな健康プロジェクト担当者連絡会等において各部門や専門職と情報共有し保健事業に反映させる。

糖尿病重症化予防事業については、後期高齢者医療制度への移行後も支援が継続するよう、継続的な健康管理ができる体制づくりを進める。

地域包括支援センター長会に参加し、国保のデータ分析結果を共有し前期高齢者へ特定健康診査受診の勧奨を依頼する。

- ④ 高齢者みんな健康プロジェクトにおけるハイリスクアプローチ個別支援で、後期高齢者健康診査受診勧奨を行い、健診で自己の健康状態を把握し、健康管理に役立てられるよう啓発する。

(4) ストラクチャー(実施体制)

高齢者の低栄養防止や生活習慣病の重症化予防を図るため、高齢施策担当部(高齢者支援課)が事務局となり、区民部(国保年金課)、高齢施策担当部、健康部の3部および練馬区医師会等の医療関係団体と連携し、医療・健診・介護等のデータを活用して総合的な支援を行う「高齢者みんな健康プロジェクト」を実施する。

国保年金課は、国保部門として当該プロジェクトに参画する。

第6章 その他

1 データヘルス計画の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度ごとに行うとともに、保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。事業の評価は、KDB データ等の健康・医療情報を活用し、費用対効果の観点も考慮して行う。

計画で設定した評価指標に基づき、年度ごと、中間時点等において進捗確認を行うとともに、計画期間の3年目に中間評価を行う。計画の最終年度においては、次期計画策定を見据えて最終評価を行う。

2 データヘルス計画の公表・周知

本計画は、区ホームページで公表するとともに、関係機関等に周知を図る。

3 個人情報の取り扱い

保健事業の実施にあたっては、個人情報の保護に関する法律を遵守し、個人情報の保護を徹底する。

4 地域包括ケアに係る取組

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施として実施する高齢者みんな健康プロジェクトに、国保部門として参画する。

国保の保健事業等のデータ活用により、糖尿病などの生活習慣病のデータ分析や、国保における保健事業の実施状況を関係者と共有するとともに、後期高齢者における健康課題や事業の実施状況等を相互に共有し、事業に活用する。

第7章 特定健康診査・特定保健指導の実施内容

第4期特定健康診査等実施計画に相当する事項

「高齢者の医療の確保に関する法律」第19条および「特定健康診査等基本指針」に基づき、「特定健康診査等実施計画」として定めるものとされている事項を記載する。

高齢者の医療の確保に関する法律

(特定健康診査等実施計画)

第19条 保険者は、特定健康診査等基本指針に即して、6年ごとに、6年を一期として、特定健康診査等の実施に関する計画(以下「特定健康診査等実施計画」という。)を定めるものとする。

2 特定健康診査等実施計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

- 一 特定健康診査等の具体的な実施方法に関する事項
- 二 特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標
- 三 前二号に掲げるもののほか、特定健康診査等の適切かつ有効な実施のために必要な事項

また、厚生労働省は、「特定健康診査等実施計画作成の手引き」において、実施計画に記載する内容として具体的につぎのとおり示している。本計画はつぎの構成により記載する。

作成の手引きに基づく特定健康診査等実施計画の構成(章立て)

- 1 達成しようとする目標(指針第三の一)
- 2 特定健康診査等の対象者数(指針第三の二)
- 3 特定健康診査等の実施方法(指針第三の三)
- 4 個人情報の保護(指針第三の四)
- 5 特定健康診査等実施計画の公表・周知(指針第三の五)
- 6 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し(指針第三の六)
- 7 その他、特定健康診査等の円滑な実施を確保するために保険者が必要と認める事項(指針第三の七)

1 達成しようとする目標(実施率)

特定健康診査および特定保健指導の実施率においては、これまでの実績と今後の取組の効果を見込んだ現実的な目標として、令和6年度から令和11年度までの各年度ごとの目標値を下表のとおりとする。

なお、「練馬区国民健康保険データヘルス計画」の目標としても位置付けている(P49参照)。

(1) 特定健康診査

	6年度	7年度	8年度	9年度	10年度	11年度
実施率目標値	43%	45%	46%	48%	49%	50%

(2) 特定保健指導

	6年度	7年度	8年度	9年度	10年度	11年度
実施率目標値	20%	21%	22%	23%	24%	25%

2 対象者数

(1) 特定健康診査

	6年度	7年度	8年度	9年度	10年度	11年度
対象者数（見込み）	90,000	88,200	86,400	84,700	83,000	81,300
想定実施者数	38,700	39,690	39,740	40,650	40,670	40,650

- ⇒ 対象者数（見込み）は、6年度から11年度までの間、毎年約2%ずつ減少すると想定
- ⇒ 想定実施者数は、対象者数に「1 実施率」により定めた実施率を乗じて算出

(2) 特定保健指導

	6年度	7年度	8年度	9年度	10年度	11年度
対象者数（見込み）	4,870	5,000	5,000	5,120	5,120	5,120
想定実施者数	970	1,050	1,100	1,170	1,220	1,280

- ⇒ 対象者数（見込み）は、上記(1)特定健康診査の想定実施者数に、12.6%（元～3年度で特定健康診査受診者のうち特定保健指導の対象になった割合の平均値）を乗じて算出
- ⇒ 想定実施者数は、対象者数に「1 実施率」により定めた実施率を乗じて算出

3 実施方法

(1) 実施場所（指針 第三の三の1）

特定健康診査

練馬区医師会医療健診センター・練馬区健康診査室（40歳から64歳までの者に限る）
練馬区内・板橋区内・杉並区内・中野区内の協力医療機関

特定保健指導

練馬区医師会医療健診センター・練馬区健康診査室	同所で特定健康診査を受診した者
特定保健指導を実施する協力医療機関	
区内の区立施設（保健相談所等） 民間事業者委託	上記以外で特定健康診査を受診した者

(2) 実施項目（指針 第三の三の1）

特定健康診査

ア 基本的な健康診査項目

「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」の第1条第1項第1号から第9号に基づき、下表の項目は全ての受診者に必須とする。

項目	内容
問診（既往歴の調査）	服薬歴、喫煙歴、運動習慣等（質問票による）
自覚症状および他覚症状の有無の検査	理化学的検査（身体診察）
身体計測	身長、体重、腹囲およびBMIの測定
血圧測定	収縮期血圧および拡張期血圧
肝機能検査	AST（GOT）、ALT（GPT）、-GT（-GTP）
血液検査（血中脂質検査）	空腹時中性脂肪（または随時中性脂肪）、HDLコレステロール、LDLコレステロール（またはNon-HDLコレステロール）
血糖検査	ヘモグロビンA1c、空腹時血糖（または随時血糖）
尿検査	尿糖、尿蛋白

イ 詳細な健康診査項目

「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」の第1条第1項第10号に基づき、下表の項目は、医師の判断による詳細な健康診査項目として実施する。

項目	実施基準				
貧血検査	貧血の既往歴を有する者または視診等で貧血が疑われる者 (ヘマトクリット値、色素量及び赤血球数の測定)				
心電図検査	当該年度の特定健康診査の結果において、血圧が以下の基準に該当した者 または問診等で不整脈が疑われる者 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期 140mmHg 以上または拡張期 90mmHg 以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期 140mmHg 以上または拡張期 90mmHg 以上		
血圧	収縮期 140mmHg 以上または拡張期 90mmHg 以上				
眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果において、血圧または血糖が以下の基準に該当した者。なお、当該年度の特定健康診査の結果において、血糖検査の結果が確認できない場合は、前年度の結果で判定する。 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期 140mmHg 以上または拡張期 90mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖が 126mg/dl 以上または HbA1c が 6.5% 以上 または随時血糖値が 126mg/dl 以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期 140mmHg 以上または拡張期 90mmHg 以上	血糖	空腹時血糖が 126mg/dl 以上または HbA1c が 6.5% 以上 または随時血糖値が 126mg/dl 以上
血圧	収縮期 140mmHg 以上または拡張期 90mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖が 126mg/dl 以上または HbA1c が 6.5% 以上 または随時血糖値が 126mg/dl 以上				
血清クレアチニン検査 (eGFRによる腎機能の評価を含む)	当該年度の特定健康診査の結果において、血圧または血糖が以下の基準に該当した者 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期 130mmHg 以上または拡張期 85mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖が 100mg/dl 以上または HbA1c が 5.6% 以上 または随時血糖値が 100mg/dl 以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期 130mmHg 以上または拡張期 85mmHg 以上	血糖	空腹時血糖が 100mg/dl 以上または HbA1c が 5.6% 以上 または随時血糖値が 100mg/dl 以上
血圧	収縮期 130mmHg 以上または拡張期 85mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖が 100mg/dl 以上または HbA1c が 5.6% 以上 または随時血糖値が 100mg/dl 以上				

ウ 上乘せの健康診査項目(区による付加項目)

下表の項目は、上乘せの健康診査項目(区による付加項目)として、全ての受診者に実施する。なお、詳細な健康診査項目の基準に該当しない者に対して医師の判断により実施した場合は、上乘せの健康診査項目として取り扱う。

項目	内容
生化学検査	総コレステロール、血清アルブミン、ALP、尿素窒素、尿酸、白血球数、血小板数
尿検査	潜血、ウロビリノーゲン

エ 胸部エックス線検査

肺がん検診との選択により受診者が受診を希望した場合に、特定健康診査と同時に胸部エックス線直接撮影により実施する。

特定保健指導

ア 対象者の抽出(階層化)

特定健康診査の結果に基づき、特定保健指導の対象者の抽出(階層化)を行う。

【参考】 特定保健指導の対象者(階層化)						
腹囲	追加リスク(1)			喫煙歴	対象(3)	
	血糖	脂質	血圧		40~64歳	65~74歳(2)
85cm(男性) 90cm(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 25	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			/		

「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」より引用

1: 追加リスクの基準(保健指導判定値)

血糖: 空腹時血糖(または随時血糖) 100 mg/dl 以上またはヘモグロビン A1c(NGSP 値) 5.6%以上

脂質: 空腹時中性脂肪 150mg/dl 以上(随時中性脂肪の場合は 175 mg/dl 以上)

または HDL コレステロール 40mg/dl 未満

血圧: 収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上

2: 65 歳以上は、全て動機付け支援対象者となる

3: 健診の質問票で、糖尿病・高血圧症・脂質異常症の治療に係る薬剤を服薬している者は、対象者から除く

イ 動機付け支援

基準・根拠

- 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（第7条）
- 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（2-4）
- 標準的な健診・保健指導プログラム（第3章 3-7）

保険者として設定・選択した内容（主なもの）

支援回数 ・ 支援期間	初回面接による支援1回とする。 初回面談は、1人20分以上の個別支援とする（グループ支援および遠隔面接を実施することも可とする）。 原則として、初回面接から実績評価までの間（3か月間）の継続的な支援は実施しない。ただし、対象者の状況等の必要に応じて、通信（電話、手紙等）による支援を行うことができる。
実績評価	行動計画作成の日から3か月経過後に実施する。

特に留意する事項

支援内容	積極的支援に比べ、メタボリックシンドロームや生活習慣病のリスクが低いことも踏まえ、現状以上の悪化を予防する必要性やメリット等を中心に、わかりやすく支援する。
------	--

ウ 積極的支援

基準・根拠

- 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（第8条）
- 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（2-5）
- 標準的な健診・保健指導プログラム（第3章 3-7）

保険者として設定・選択した内容（主なもの）

支援回数 ・ 支援期間	初回面接による支援を1回実施し、その後、6か月間の継続的な支援を実施することを基本とする。 指導効果を最大限引き出すため、初回面接は、1人20分以上の個別支援とする（原則として、グループ支援は実施しない）。 継続的な支援は、通信（電話、手紙等）を基本とし、国の基準（アウトカム評価とプロセス評価を合計し、支援ポイント180ポイント）を満たす支援内容を提供する。なお、業務委託において、委託先ごとに支援内容は異なる。
実績評価	行動計画作成の日から6か月経過後に実施する。ただし、継続的な支援を180ポイント以上実施した場合は、行動計画の策定の日から3か月以上経過後に、実績評価をすることができる。

特に留意する事項

支援内容	対象者が自身の健康状態（メタボリックシンドロームや生活習慣病リスクが、動機付け支援よりも高いこと）を自覚し、具体的で実践的な行動目標を設定し、自主的な生活習慣改善の取組を継続できるような指導を行う。 途中終了や中断が生じないように適切なフォローや対策を講じ、継続率を指標とした評価を行う。 次年度の健診を受診する等、支援終了後も取組が継続できるよう指導する。
------	---

(3) 実施時期または期間（指針 第三の三の1）

練馬区特定健康診査および特定保健指導実施要綱において定める。

特定保健指導は、特定健康診査の結果説明から次年度の健康診査を開始するまでの間とする。

(4) 外部委託の有無（指針 第三の三の1）

特定健康診査

医師会（練馬区・板橋区・杉並区・中野区）および練馬区内の医療機関（練馬区医師会に加入していない医療機関に限る）に委託する。

特定保健指導

練馬区医師会および民間事業者に委託する。

(5) 外部委託者の選定にあたっての考え方（指針 第三の三の1）

外部委託先は、「特定健康診査の外部委託に関する基準（厚生労働省告示）」および「特定保健指導の外部委託に関する基準（厚生労働省告示）」を満たしていなければならない。

(6) 周知や案内の方法（指針 第三の三の1）

特定健康診査

特定健康診査の対象者には、「健康診査・がん検診等の受診案内」とともに、特定健康診査受診券を発券し、送付する。

特定保健指導

特定保健指導は、原則として特定健康診査の結果を説明する際に、対象者に利用案内を配付する。

受診勧奨・利用勧奨

特定健康診査の受診勧奨および特定保健指導の利用勧奨は、練馬区国民健康保険データヘルス計画における取組に位置付け、重点的に取り組む。

健診結果

特定健康診査の結果は、原則として医師による対面により説明を行い、検査値の意味および生活習慣病リスク等に関する丁寧でわかりやすい情報提供や、基準値を超える場合の受診勧奨等を実施する。

(7) 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法（指針 第三の三の1）

区の特定健康診査以外の健診（人間ドック等）を受診した者から、健診結果を受領する。また、当該結果に対して階層化を行い、特定保健指導を実施する。

(8) 受診券・利用券（指針 第三の三の3）

特定健康診査

特定健康診査の受診券の発券・送付は、特定健康診査受診対象者に対し配布する。様式は、委託先との協議により別途定める。

特定保健指導

特定保健指導の利用券は、実施機関と予め協議した上で、交付を省略することができる。様式は、委託先との協議により別途定める。

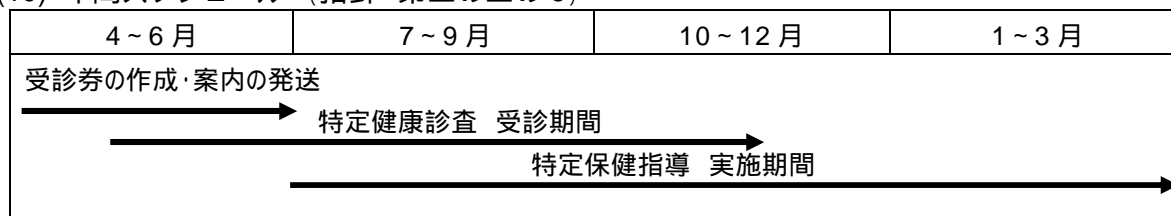
自己負担金

特定健康診査および特定保健指導に関する自己負担金の詳細は別途定める。

(9) 代行機関（指針 第三の三の4）

特定健康診査および特定保健指導に関する費用決済およびデータ管理等の業務は、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」の第16条第3項の規定により、東京都国民健康保険団体連合会に委託する。

(10) 年間スケジュール（指針 第三の三の6）



4 個人情報の保護

(1) 記録の保存方法

特定健康診査および特定保健指導の実施結果データ等の管理業務は、東京都国民健康保険団体連合会に委託する。特定健康診査および特定保健指導の実施結果データ等は、同会の再委託先である国保中央会が選定するクラウド事業者のクラウド環境において保存する。

(2) 管理体制および規程

特定健康診査および特定保健指導の実施結果等は、東京都国民健康保険団体連合会が定める情報セキュリティポリシーおよびそれに基づく諸規定に基づき、適正に管理する。

区は、委託事業者において区と同等以上の情報資産の安全管理措置が講じられることを予め確認するとともに、委託業務の遂行に当たり、区の情報セキュリティポリシーおよび実施手順、情報セキュリティに関する特記事項を遵守させ、適正な事務が行われるよう委託事業者等を監督する。

特定健康診査、特定保健指導で得られる情報は、受診者の身体の状況等に関する情報であり、特に慎重な取り扱いを行う必要があることを踏まえ、個人情報の保護に関する法律および練馬区情報セキュリティポリシー等を遵守し、個人情報の保護を徹底する。

特定健康診査および特定保健指導の実施結果等の保存年限は5年間とし、保存年限を超えた記録は消去する。

5 特定健康診査等実施計画の公表・周知

特定健康診査等実施計画は、練馬区国民健康保険データヘルス計画と併せて一体的に公表する。

保険料納入通知書への同封等による個別送付のほか、区の広報紙やホームページやSNSをはじめとする各種のICT媒体等も積極的に活用し、特定健康診査・特定保健指導の目的、

内容および必要性等を周知する。

健診の結果説明や保健指導の面談時など、直接対象者に説明する場合には、わかりやすいリーフレット等を活用し、丁寧な説明に努める。

6 特定健康診査等実施計画の評価および見直し

(1) 評価

「1.達成しようとする目標(実施率)」において定める年度ごとの実施率目標値の達成状況は、国への報告後(例年11月)に、他保険者の結果との比較も併せて、実施した翌年度末までに(例えば、令和6年度であれば令和8年3月までに)取りまとめを行う。

(2) 見直し

「練馬区国民健康保険データヘルス計画」の3年目の中間見直しと併せて、見直しを行う。

7 特定健康診査等実施計画に関するその他必要な事項

(1) 他の健診・検診との連携

特定健康診査は、がん検診(肺がん、前立腺がん、大腸がん)との同時受診ができる医療機関を拡充する。また、「特定健康診査」、「がん検診」、「成人歯科健診」、「眼科健診」、「骨粗しょう症検診」および「肝炎ウイルス検査」の案内は、対象者に対して同時に通知する。

練馬区国民健康保険
データヘルス計画第3期

令和6(2024)年度～令和11(2029)年度

令和6(2024)年3月発行

練馬区区民部国保年金課