

練馬区国民健康保険 データヘルス計画 中間評価

令和3年（2021年）5月

練馬区

目次

第1 はじめに

1. 本書の目的	1
2. データヘルス計画の概要	1
3. データヘルス計画の体系図	3

第2 練馬区国民健康保険の概況

1. 被保険者の状況	4
2. 医療費（全体）の状況	6
3. 医療費（疾病別）の状況	10
4. 歯科医療費の状況	14
5. 健康寿命の状況	15
6. 特定健康診査・特定保健指導実施率	17
7. 糖尿病・高血圧症・脂質異常症の状況	22
8. 要介護認定者と生活習慣病	24

第3 中間評価

1. 中間評価の目的	27
2. 中間評価の方法	27
3. 分析および検討	29

第4 目標の評価

1. 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	30
2. 一人当たり医療費の伸びを抑制	34
3. 健康寿命の延伸	36
第三期特定健康診査等実施計画の数値の変更	40

第5 取組の中間評価

1. 3つの取組と実施する保健事業の体系	41
取組1 特定健診・特定保健指導の推進	42
(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	
(2) わかりやすく、効果的な勧奨や情報提供をします	
(3) 関係団体等と連携・協力した取組を実施します	
取組2 糖尿病対策の強化	66
(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	
(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	
(3) 糖尿病対策の連携・協力体制の整備を目指します	
取組3 国保から広げる健康づくり	94
(1) 主体的で適切な受診行動ができるように支援します	

- (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
- (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

第6 その他

今後の予定と最終評価について 124

【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、原則として小数点第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。

第 1 はじめに

1. 本書の目的

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）を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこととされました。

これを受け、練馬区では、平成 28 年 3 月に第一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」を、平成 30 年 4 月に第二期計画となる「練馬区国民健康保険データヘルス計画」を策定しました。

現計画は平成 30 年度から令和 5 年度までの 6 か年を計画期間とし、「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」を目指して、取組を進めてきました。

今回、計画期間の中間年に当たり、計画策定時に設定した目標、個別事業および指標について、現時点での達成状況を評価するとともに、目標達成に向けた課題を明らかにし、後期 3 年間の保健事業に反映することを目的として、中間評価を行いました。今後は見直し結果に基づき、新たに設定した目標や指標なども踏まえながら、保健事業を展開していきます。

なお、区は特定健康診査等実施計画やデータヘルス計画を PDCA サイクルに沿って実行していくため、毎年度、健診結果やレセプトデータ等の健康・医療情報の分析、保健事業の実績および成果等を評価報告書（「国民健康保険法に基づく保健事業に関する実績および評価報告書」）にまとめ、公表してきました。今回の中間評価では、データ分析の結果や、令和元年度に実施した保健事業の実績および成果等も踏まえたうえで、後期 3 年間ににおける新たな目標や指標を設定しています。

よって、本書は令和元年度版の評価報告書を兼ねるものとします。

2. データヘルス計画の概要

(1) ねらいと目標

ねらい = 目指す方向性です。第一期計画で設定した「国保医療費の適正化」、「QOL（生活の質）の維持・向上」を本計画に引き継ぎ、また、第一期計画で取組としていた「健康意識の改革・改善」をねらいに引き上げ、3 つのねらいとしました。

目標 = 計画全体を網羅的・包括的に評価するための、経年で見える化が可能な指標です。第 1 期計画における全体目標「医療費の抑制」と「健康寿命の延伸」は一部文言を変え、

「一人当たり医療費の伸びを抑制」、「健康寿命の延伸」として本計画に引き継ぎました。

さらに、第三期特定健康診査等実施計画と一体的に策定するに当たり、「**特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上**」を加えて3つの目標としました。

(2) 課題と取組

現状把握とデータ分析に基づき、以下の健康課題を抽出し、それぞれに対応する取組を整理しました。

課題1

- 特定健康診査、特定保健指導の受けやすさや利用しやすさを改善し、未受診の最大の原因を解決すること
- 被保険者が「健診を定期的・継続的に受診する」という意識を持ち、行動すること
- 区が、特定健康診査対象者の健康課題（健診結果や医療受診データ等）を把握し、活用すること

取組1 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上

課題2

- 糖尿病の発症予防（患者数の抑制）を図るための対策を実施すること
- 糖尿病患者が、糖尿病の合併症リスクを正しく認識し、治療に取り組むこと
- 糖尿病の治療に従事する関係者や関係機関が、広く連携した取組を実施すること

取組2 糖尿病対策の強化

課題3

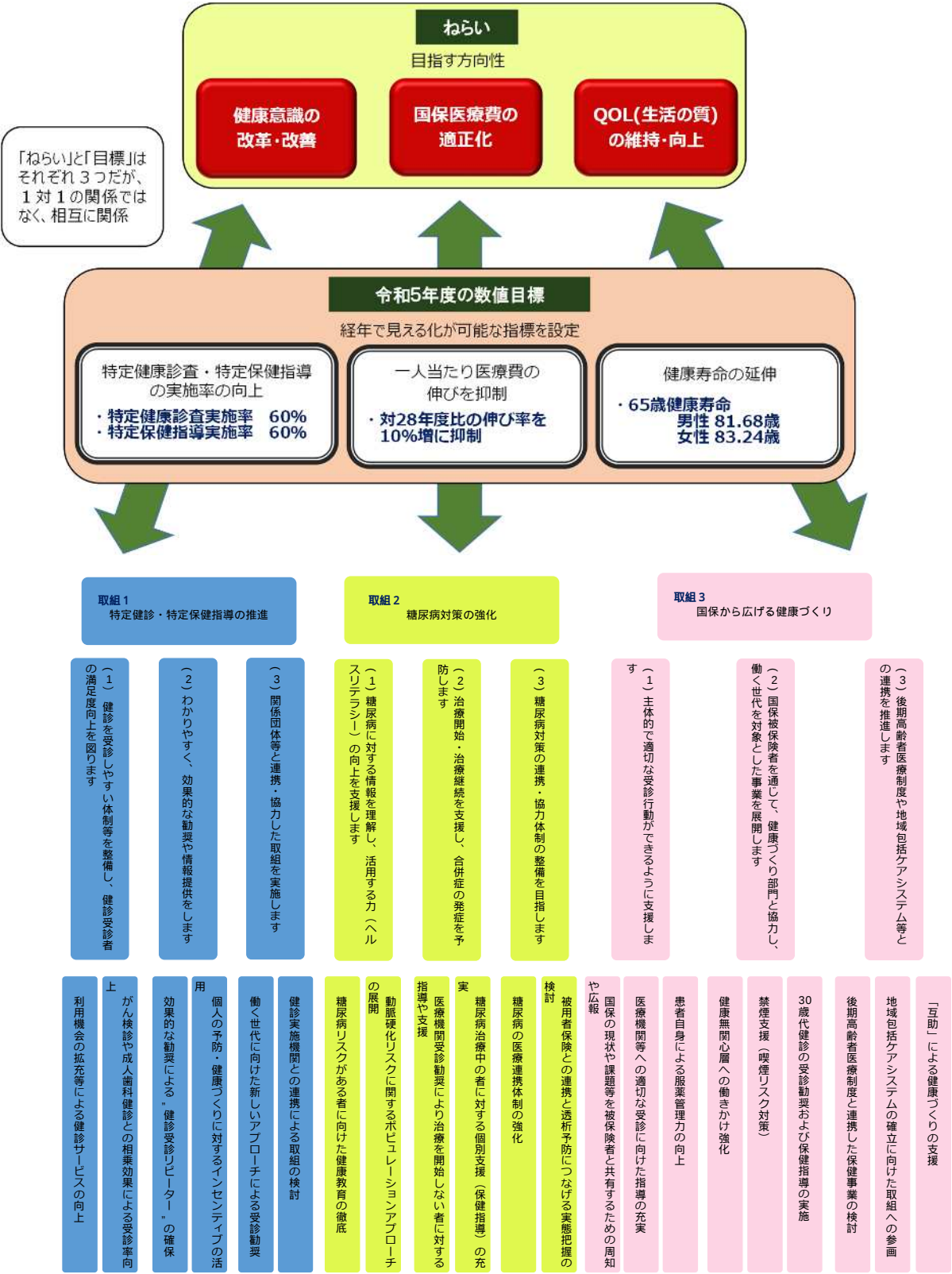
- 自主・自立的かつ相互に健康づくりに取り組むような環境を整備すること
- 40歳代（国保被保険者以外も含む働く世代）を中心に、健康に対する関心や意欲を高めること
- 制度の縦割りを乗り越え、国保において、高齢期を迎える前からの保健事業（特定健康診査・特定保健指導以外の事業）に積極的に取り組むこと

取組3 国保から広げる健康づくり

(3) 保健事業と個別事業

上記3つの取組に対して、それぞれ3つの保健事業を紐付け、さらに各保健事業から2つまたは3つの個別事業を位置付けています。計画の「ねらい」に向かって、3つの「目標」の達成を目指しながら、全体で9つの保健事業（21の個別事業）を展開します。

3. データヘルス計画の体系図



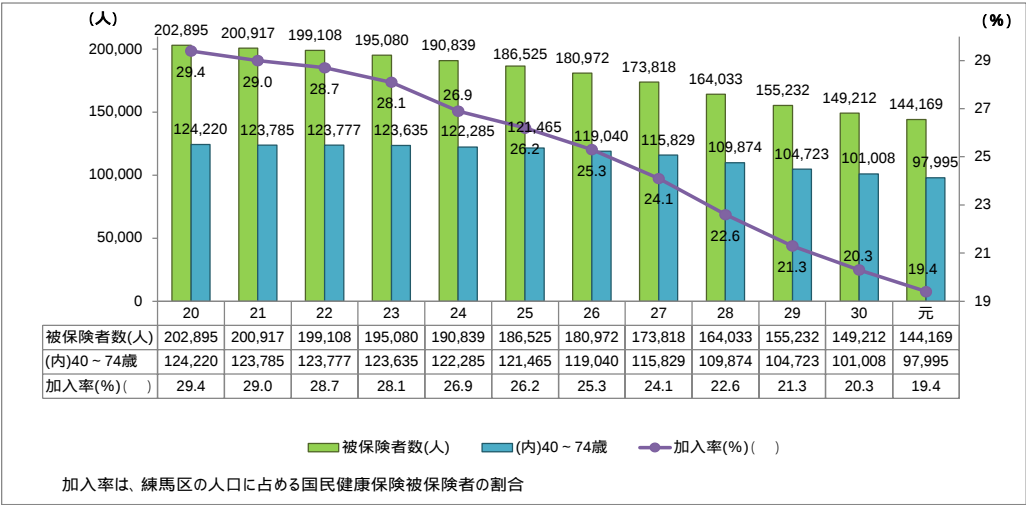
第2 練馬区国民健康保険の概況

中間評価を行うに当たり、資料やデータ分析を最新の情報に更新し、改めて現状把握を行いました。また、可能な限り、同規模保険者・都平均・全国平均との比較や、経年変化による傾向を把握しています。

1. 被保険者の状況

- 被保険者数は年々減少し、20年度から元年度の間に約5.9万人（28.9％）減少しています。特定健康診査の対象者数（40～74歳の被保険者数）も、20年度から元年度の間に約2.6万人（21.1％）減少しています。

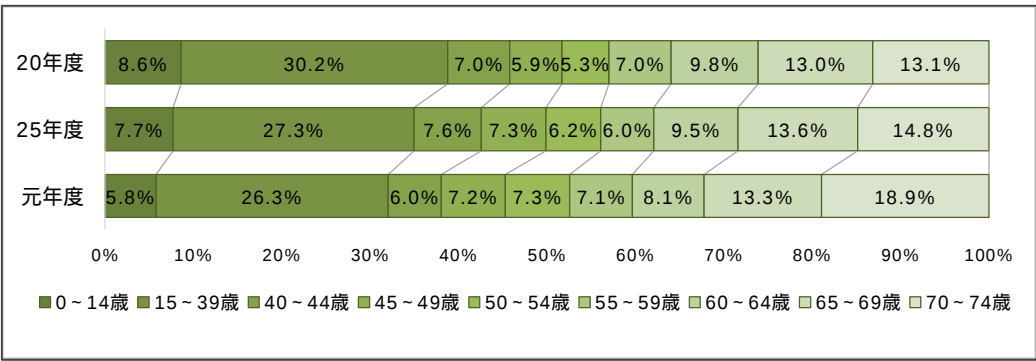
被保険者数の推移



出典：「ねりまの国保 令和2年度版」

- 前期高齢者（65～74歳）の割合は20年度から元年度の間に6.1ポイント増えている一方で、0～39歳の割合は6.7ポイント減少しています。

被保険者の年齢階層別構成比推移



出典：「ねりまの国保 令和2年度版」

- 資格取得および喪失の差を理由別に見ると、後期高齢者医療制度への加入が最も多く、被保険者減少の最大の要因となっています。

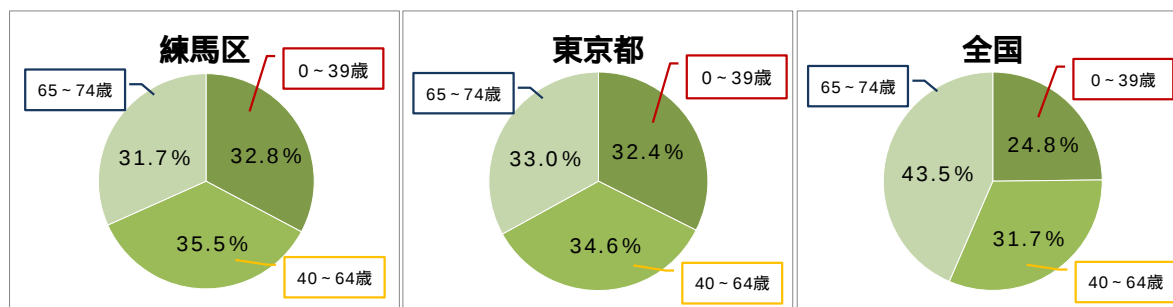
資格取得および喪失の理由別内訳（元年度）

被保険者増 (人)	33,709	資格取得理由				
		社保離脱	転入	出生	後期離脱	その他
		18,715	13,076	461	1	1,456
被保険者減 (人)	38,752	資格喪失理由				
		社保加入	転出	死亡	後期加入	その他
		19,216	10,739	790	4,680	3,327
差引	▲5,043	▲501	2,337	▲329	▲4,679	▲1,871

出典：「ねりまの国保 令和2年度版」

- 全国では65歳以上の被保険者の割合が高く、4割超となっています。

年齢階層別の被保険者構成割合の比較（元年度）



出典：KDB 帳票「地域の全体像の把握」

- 練馬区の被保険者の平均年齢は全国より4歳ほど低く、東京都とほぼ同じです。

被保険者の平均年齢の比較（元年度）

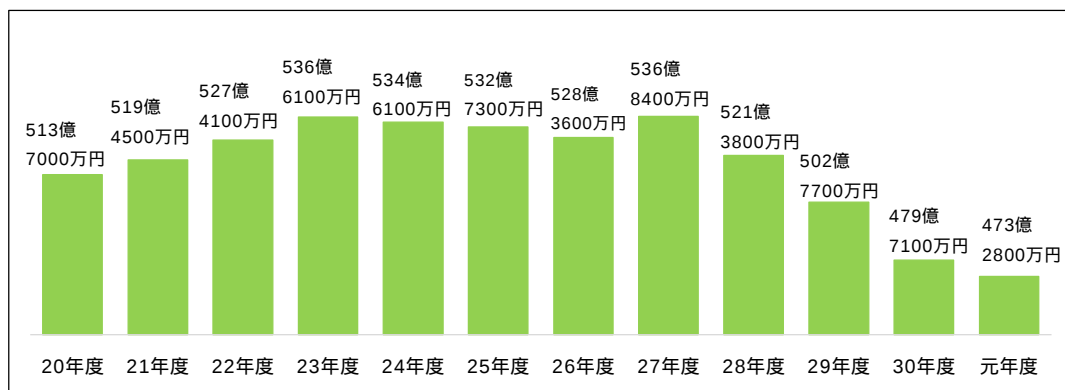
区	都	全国
48.7 歳	49.0 歳	52.9 歳

出典：KDB 帳票「健康・医療・介護データから見る地域の健康課題」

2. 医療費（全体）の状況

- 医療費総額は被保険者の減少の影響により、24年度以降減少しています（27年度を除く）。

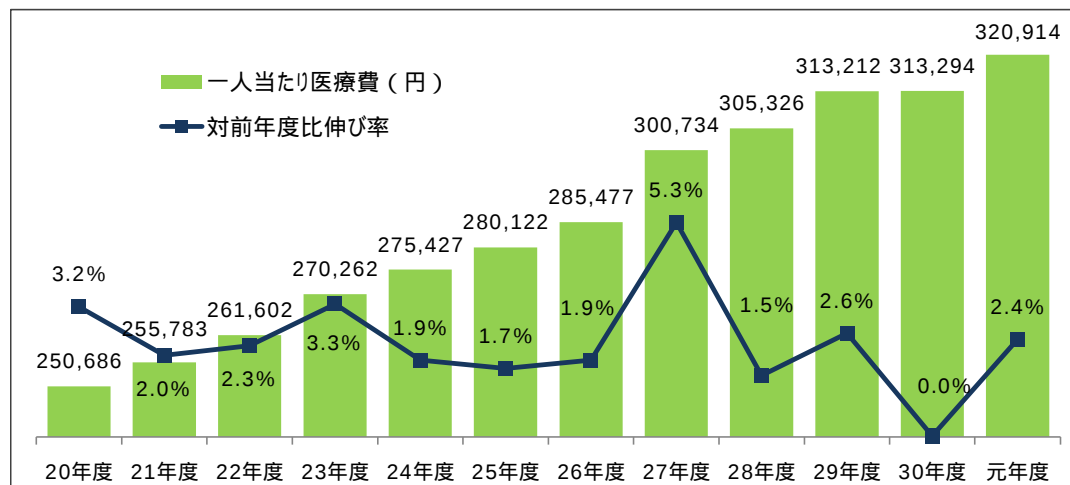
医療費総額の推移



出典：「ねりまの国保 令和2年度版」

- 一人当たり医療費は毎年度増加していますが、全国国保の平均より4万円前後低くなっています。

一人当たり医療費・伸び率の推移



出典：「ねりまの国保 令和2年度版」

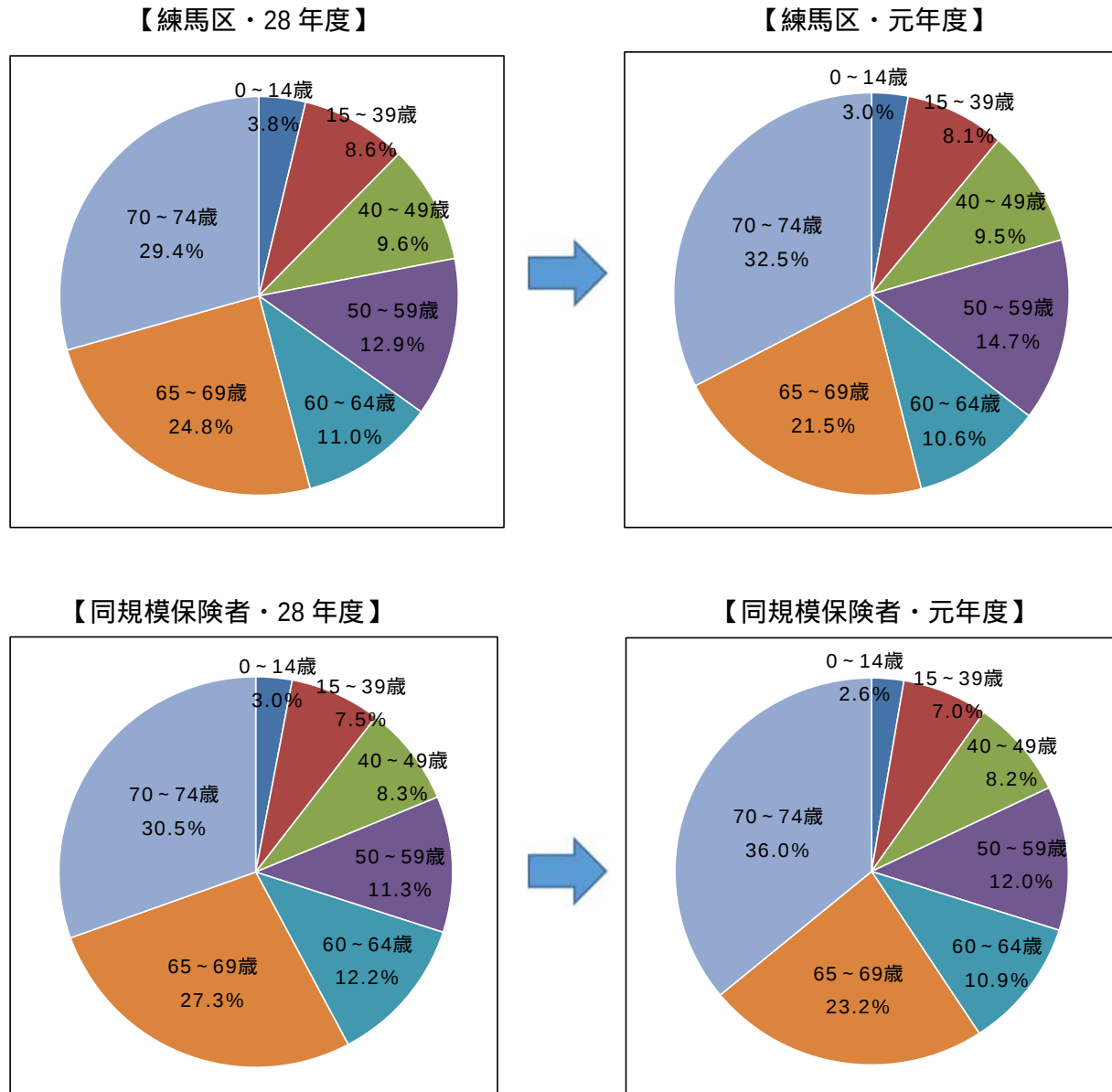
全国国保の一人当たり医療費・伸び率の推移

	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度	元年度
一人当たり医療費(万円)	28.8	29.8	30.5	31.4	32.2	33.9	33.9	34.9	35.3	36.4
対前年度比伸び率(%)	3.2	3.3	2.3	2.9	2.8	5.1	0.1	3.0	1.3	3.0

出典：厚生労働省「医療費の動向」

- 練馬区における前期高齢者（65～74 歳）の元年度の医療費総額は、全体の約 54%を占めています。28 年度と元年度を比較すると、65～69 歳の割合が減り、70～74 歳の割合が増えています。同規模保険者では、さらに前期高齢者の占める割合が高くなっています。

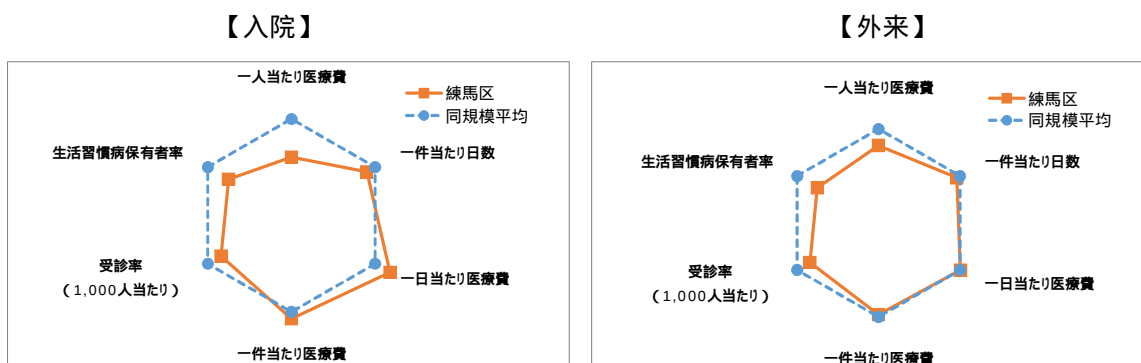
医療費総額の年齢階層別構成比



出典：KDB 帳票「医療費分析の経年比較（平成 28 年度、令和元年度）」

- 区の入院の医療費では、同規模保険者より「一日当たり医療費」が高いものの、「一人当たり医療費」は低くなっています。
- 区の外来の医療費では、同規模保険者より「一人当たり医療費」が低くなっています。

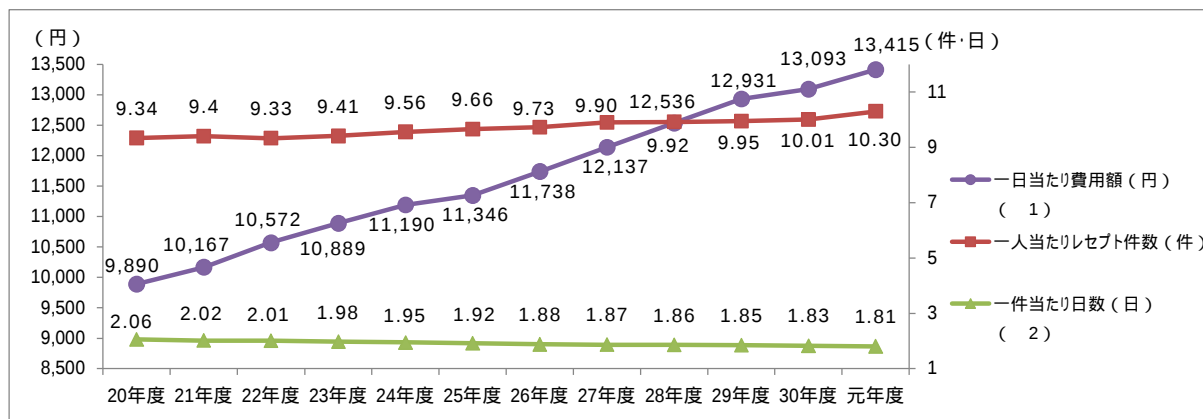
同規模保険者との医療諸率の比較（元年度）



出典：KDB 帳票「同規模保険者比較」を基に国保年金課にて分析

- 「一日当たり費用額」は年々増加しているのに対し、「レセプト一件当たり日数」は、わずかながら減少傾向です。これは、入院・外来の治療に要する期間が短くなる一方で、医療の高度化等により短期集中的に医療費が投入されているためと考えられます。

医療諸率（一日当たり費用額、一人当たりレセプト件数、一件当たり日数）の推移



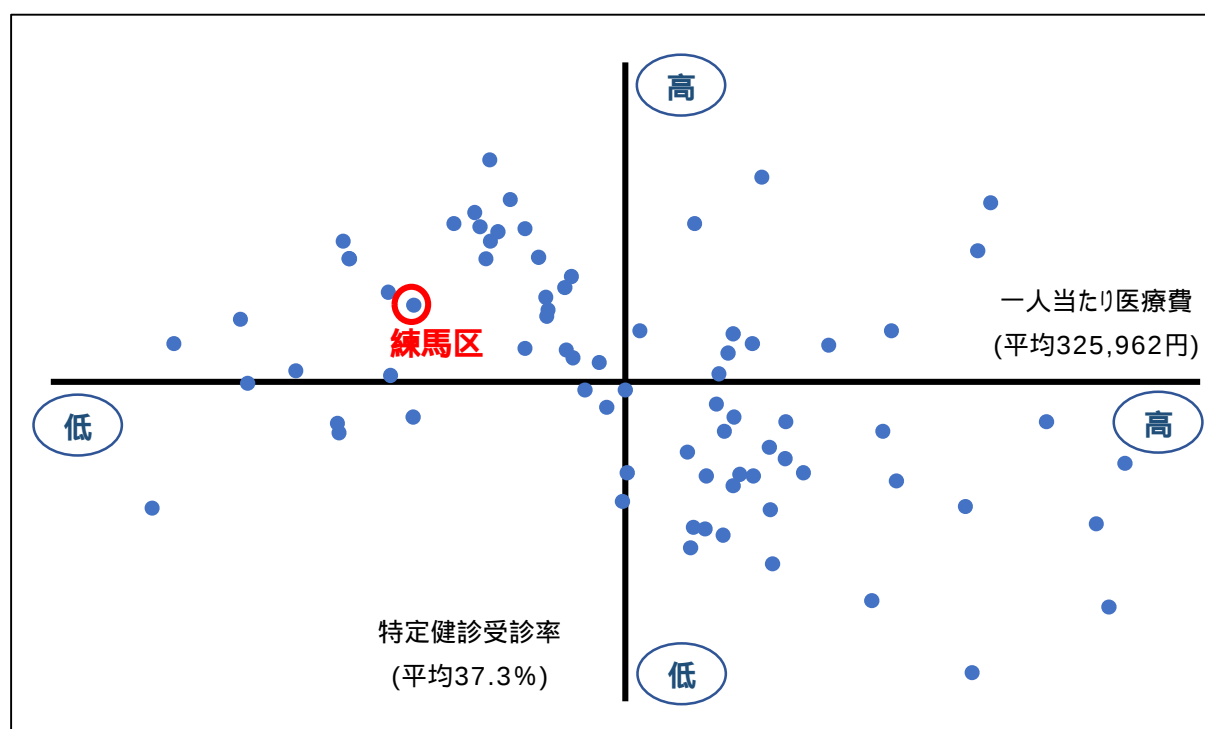
- 1 入院・入院外・歯科の総医療費をレセプトの延べ日数で除した額
- 2 レセプトの延べ日数を件数で除した日数

出典：「ねりまの国保 令和2年度版」

【参考】特定健診と医療費の相関

- 区は同規模保険者と比較すると、「特定健診の受診率」は平均より高く、「一人当たり医療費」は平均より低くなっています。
- 特定健診の受診率と一人当たり医療費には、緩やかですが相関があると考えられます。

特定健診受診率と一人当たり医療費の相関（同規模保険者比較）



KDB 帳票「同規模保険者比較（令和元年度）」を基に国保年金課にて分析

- 健診未受診者の方が一人当たり医療費が高くなっています。
- 健診未受診者には、生活習慣病以外で通院している者も含まれており、健診受診者と単純に比較することは難しいです。

特定健診の受診と一人当たり医療費の関係（元年度）

（単位：円）

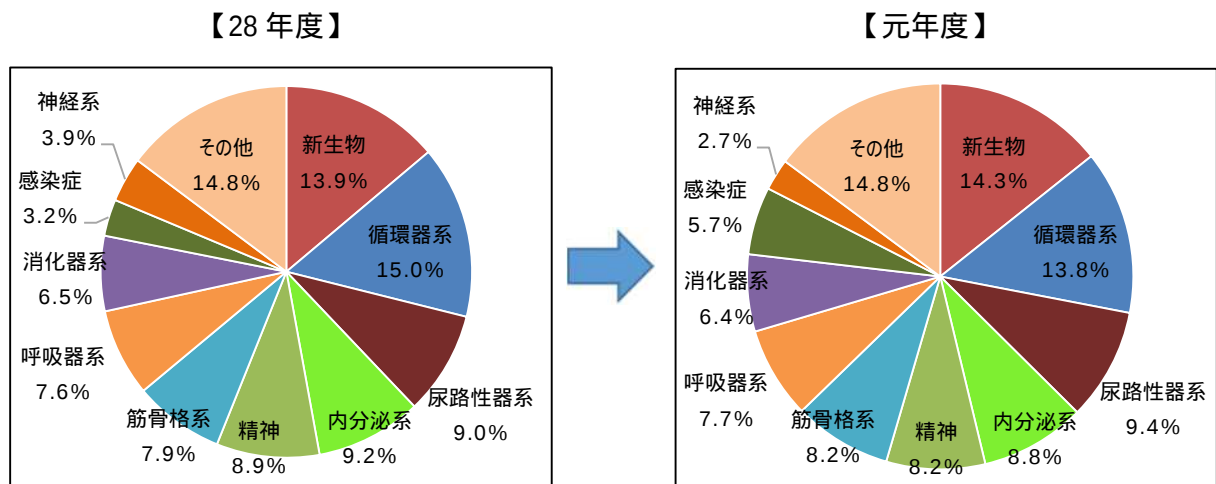
	区	同規模	全国
健診受診者	248,370	213,443	229,957
健診未受診者	1,092,716	1,023,439	983,821

出典：KDB 帳票「医療費分析（健診有無別）」

3. 医療費（疾病別）の状況

- 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約4割近く（元年度で36.9%）となっています。

疾病大分類別医療費（入院・入院外の計）の構成および推移



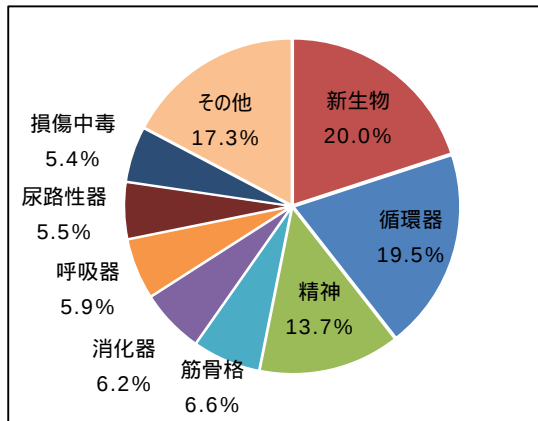
出典：KDB 帳票「医療費分析（2）大、中、細小分類（平成28年度、令和元年度）」

大分類	主な疾病の具体例
循環器系	高血圧症、脳梗塞、心筋梗塞 等
新生物	がん、良性の腫瘍 等
内分泌系	糖尿病、脂質異常症 等
精神	認知症、統合失調症、うつ病 等
尿路性器系	腎不全（透析）、糖尿病性腎症 等
呼吸器系	肺炎、鼻炎、扁桃炎、気管支炎 等
筋骨格系	骨折、関節障害、リウマチ 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

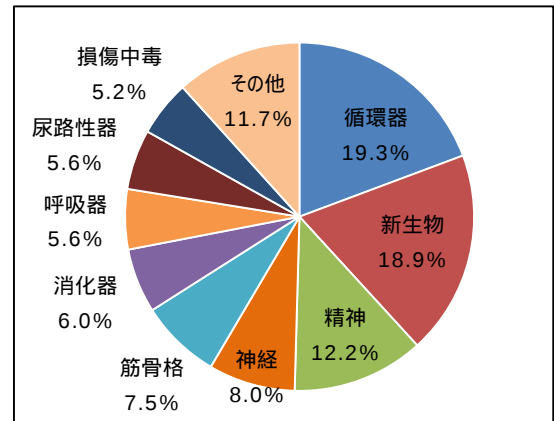
- 入院では「循環器」「新生物」、外来では「内分泌」「新生物」「尿路性器」「循環器」の医療費の割合が高くなっています。

疾病大分類別医療費（入院・外来）の構成および推移

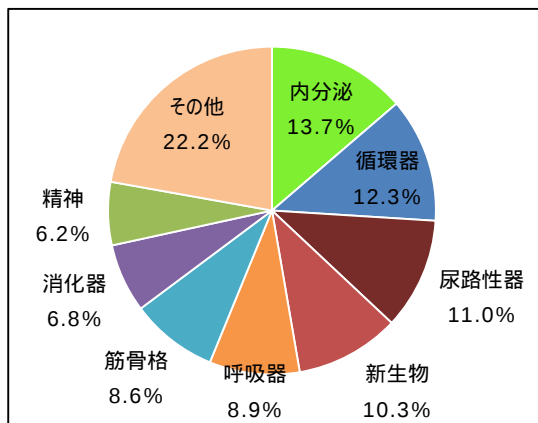
【入院・28年度】



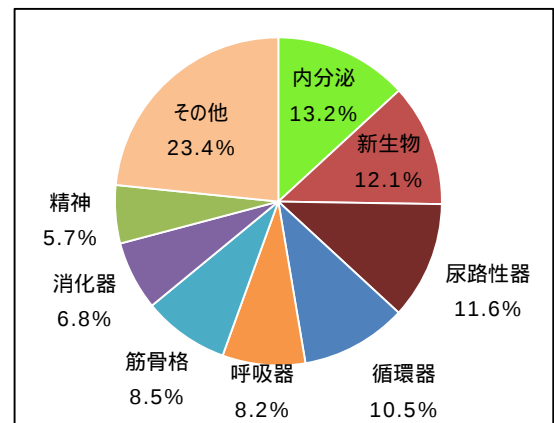
【入院・元年度】



【外来・28年度】



【外来・元年度】



出典：KDB 帳票「医療費分析（2）大、中、細小分類（平成28年度、令和元年度）」

- 疾病別の割合では、「慢性腎不全（透析あり）（ ）」が最も高くなっています。また、28年度と元年度を比較すると、6位までの順位はほぼ変わりませんが、「肺がん」が10位から7位になり、「大腸がん」に代わって「乳がん」が入っています。

医療費(全体)に占める割合の高い疾病

【28年度】

1位	慢性腎不全 （透析あり）（ ） 2型糖尿病による人工 透析患者数 267名	6.4%
2位	糖尿病	4.8%
3位	統合失調症	4.4%
4位	高血圧症	4.1%
5位	関節疾患	3.4%
6位	脂質異常症	3.1%
7位	うつ病	2.6%
8位	大腸がん	2.1%
9位	不整脈	2.0%
10位	肺がん	1.6%



【元年度】

1位	慢性腎不全 （透析あり）（ ） 2型糖尿病による人工 透析患者数 260名	5.6%
2位	糖尿病	4.4%
3位	統合失調症	3.7%
4位	関節疾患	3.6%
5位	高血圧症	3.1%
6位	脂質異常症	2.6%
7位	肺がん	2.5%
8位	うつ病	2.5%
9位	不整脈	2.2%
10位	乳がん	1.8%

（ ）レセプトの傷病名で「慢性腎不全」のものを集計しているため、糖尿病の合併症以外を原疾患とするものも含んでいる。

出典：KDB 帳票「医療費分析」

- 入院医療費のうち、狭心症、脳出血、心筋梗塞の占める割合は、都・同規模保険者・全国と比較して高くなっています。

疾病別細小分類医療費の構成（元年度）

【入院】

疾病大分類	疾病名	費用額(円)	構成比			
			区	都	同規模	全国
循環器系	脳梗塞	458,065,010	3.0%	2.8%	3.0%	3.0%
	狭心症	370,548,250	2.4%	2.3%	2.3%	2.2%
	脳出血	293,405,730	1.9%	1.6%	1.6%	1.6%
	心筋梗塞	158,315,860	1.0%	0.9%	0.8%	0.8%
	高血圧症	30,180,130	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
尿路性器系	慢性腎臓病 （透析あり）	469,124,060	3.1%	3.2%	2.6%	2.4%
内分泌系	糖尿病	130,821,950	0.9%	0.8%	0.9%	0.9%
新生物	大腸がん	392,858,490	2.6%	2.7%	2.6%	2.6%
	肺がん	411,341,720	2.7%	2.6%	2.7%	2.7%
	胃がん	158,072,620	1.0%	1.2%	1.3%	1.3%
	乳がん	142,041,320	0.9%	1.0%	0.9%	0.9%
	前立腺がん	99,061,670	0.6%	0.7%	0.7%	0.7%
	子宮がん（ ）	83,479,080	0.5%	0.6%	0.5%	0.5%

【外来】

疾病大分類	疾病名	費用額(円)	構成比			
			区	都	同規模	全国
内分泌系	糖尿病	1,681,321,910	6.5%	6.7%	7.6%	8.1%
	脂質異常症	1,076,959,700	4.2%	4.0%	4.1%	4.4%
循環器系	高血圧症	1,247,322,360	4.8%	4.8%	5.4%	5.8%
尿路性器系	慢性腎臓病 （透析あり）	1,844,758,500	7.2%	7.2%	6.5%	6.1%
新生物	乳がん	482,586,140	1.9%	2.0%	2.0%	1.9%
	大腸がん	351,227,140	1.4%	1.3%	1.5%	1.5%
	肺がん	620,541,130	2.4%	2.4%	2.7%	2.8%
	前立腺がん	212,956,140	0.8%	0.9%	1.1%	1.1%
	胃がん	118,011,730	0.5%	0.6%	0.7%	0.8%
	子宮がん（ ）	41,801,750	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%
感染症	C型肝炎	124,280,270	0.5%	0.5%	0.6%	0.6%

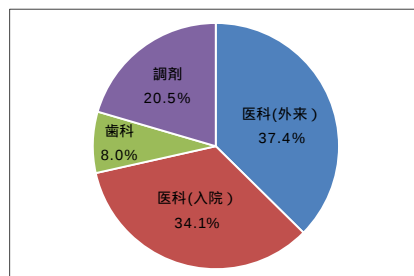
（ ）子宮頸がんと子宮体がんの合計

出典：KDB帳票「疾病別医療費分析（細小(82)分類）」

4. 歯科医療費の状況

- 医科（外来＋入院）が約7割（71.5％）を占めており、歯科の医療費は、全体の8.0％となっています。

医療費の診療費項目別構成比（元年度）

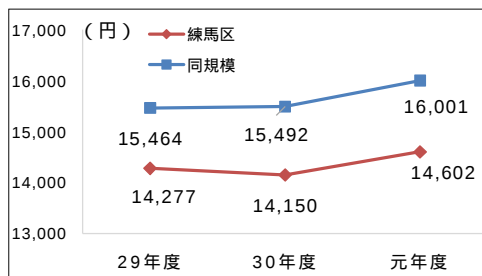


出典：「ねりまの国保 令和2年度版」

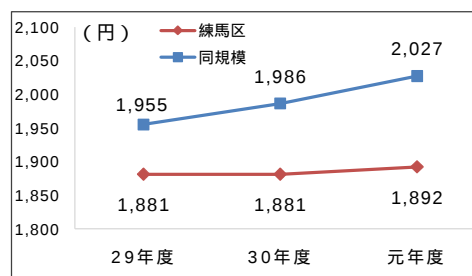
- 医科（外来）の一人当たり医療費は、練馬区・同規模保険者ともに30年度から元年度にかけて3%程度増加しています。
- 練馬区の歯科の一人当たり医療費は、ほぼ同額で推移しています。

一人当たり医科医療費（外来）と一人当たり歯科医療費の推移 一月当たり平均額

【一人当たり医科医療費（外来）】



【一人当たり歯科医療費】

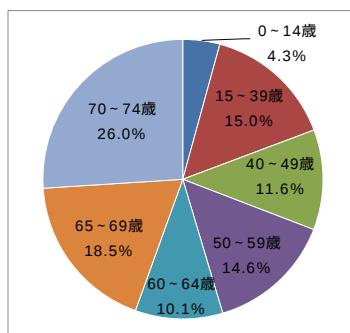


出典：KDB 帳票「同規模保険者比較」

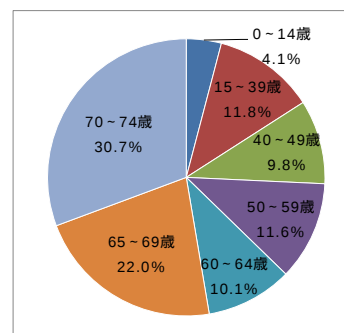
- 65～74歳の歯科医療費の割合は、練馬区の44.5%に対し、同規模保険者では52.7%と5割を超えています。

歯科医療費の年齢階層別構成比（元年度）

【練馬区】



【同規模保険者】



出典：KDB 帳票「同規模保険者比較」

5. 健康寿命の状況

- 練馬区の28年度から30年度の65歳健康寿命（＊）は男性で0.08歳、女性で0.11歳延伸しています。

（＊）65歳健康寿命（東京保健所長会方式）とは、65歳の人が、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です。

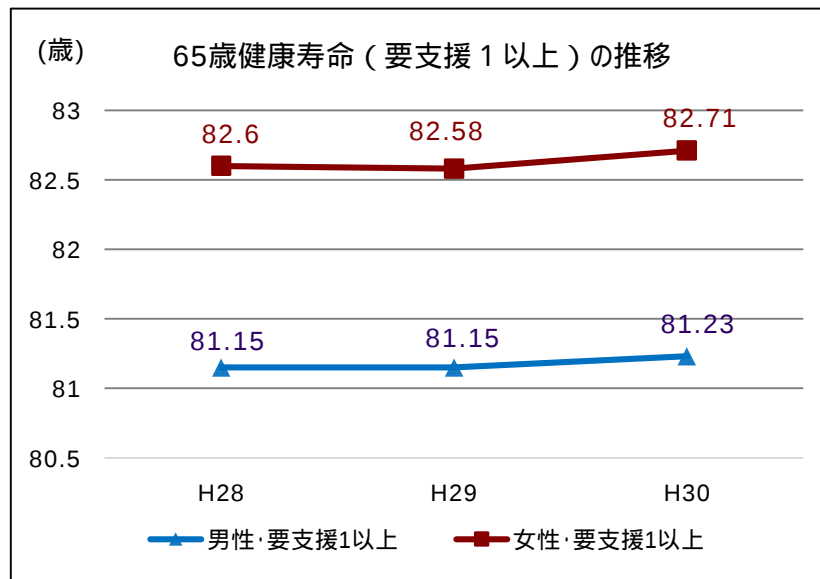
65歳健康寿命(歳) = 65歳 + 65歳平均自立期間(年)

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

65歳健康寿命は、「要支援1」と「要介護2」の認定を受けたそれぞれの時点で計算されていますが、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ます。

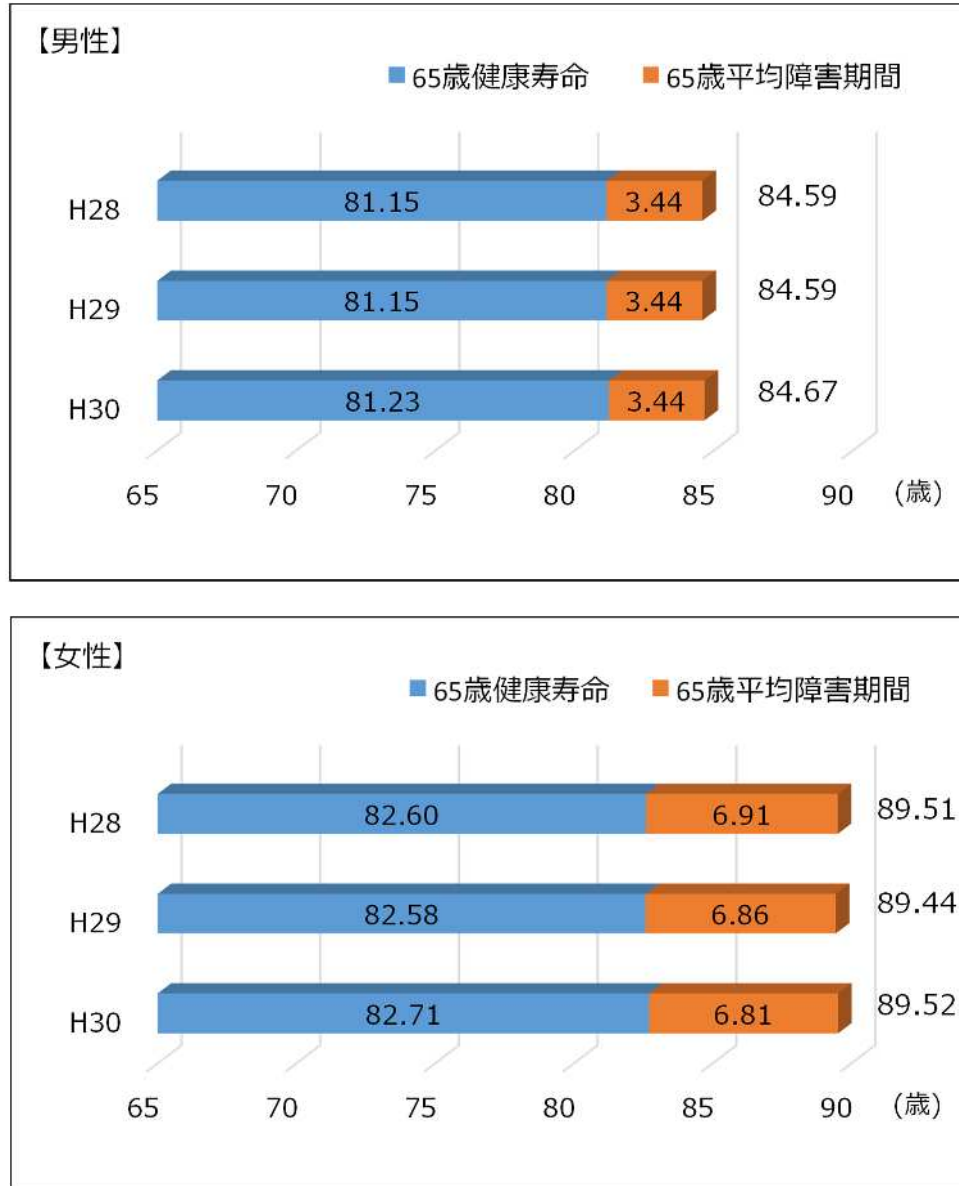
練馬区の65歳健康寿命の男女別推移（28～30年度）



出典：東京都福祉保健局 HP（とうきょう健康ステーション）65歳健康寿命

- 男性の平均障害期間に変化はありませんが、女性では0.1年短くなっており、健康な状態の期間が伸びています。

65歳健康寿命と65歳平均障害期間の男女別推移（28～30年度）

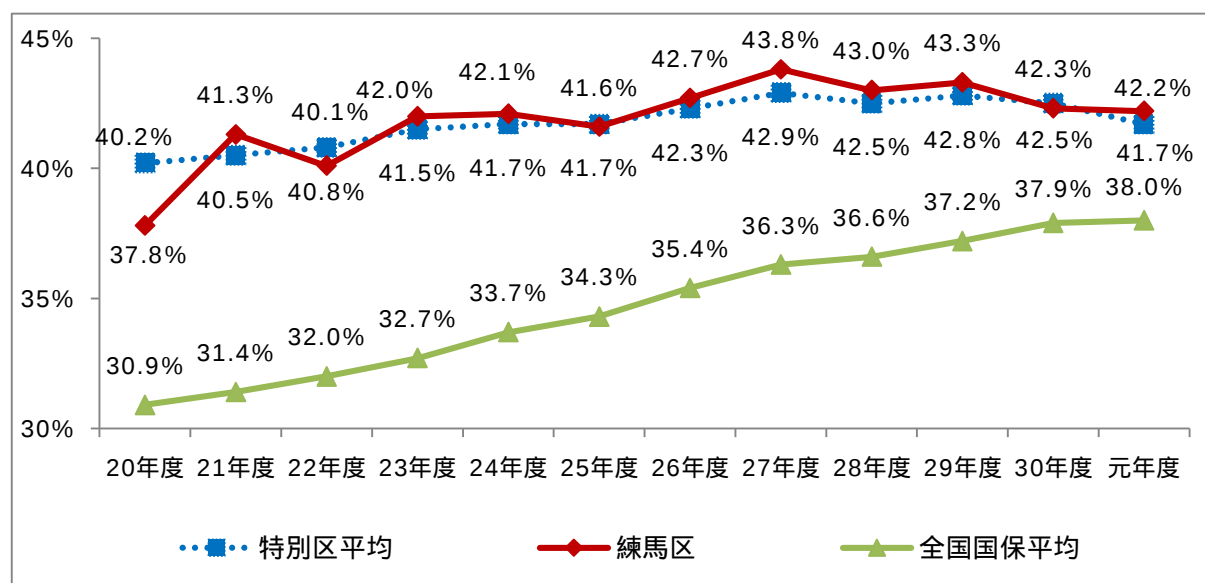


出典：東京都福祉保健局 HP（とうきょう健康ステーション）65歳健康寿命

6. 特定健康診査・特定保健指導実施率

- 令和元年度の練馬区の特定健康診査実施率は特別区平均より 0.5 ポイント、全国平均より 4.2 ポイント高くなっています。

特定健康診査実施率の他保険者との比較



- 23 区国保における練馬区の順位は 12 位となっています。

23 区国保の特定健康診査実施率（元年度）

（％）								
順位	区名	元年度	30年度 ()内は30年度 順位		順位	区名	元年度	30年度 ()内は30年度 順位
1	葛 飾 区	51.3	51.1	(1)	13	中 野 区	41.2	42.4 (12)
2	墨 田 区	48.8	49.2	(2)	14	江 東 区	40.4	40.2 (15)
3	板 橋 区	46.8	46.9	(5)	15	豊 島 区	39.6	41.0 (14)
4	北 区	46.8	46.7	(6)	16	品 川 区	39.4	39.2 (16)
5	目 黒 区	46.1	45.8	(7)	17	港 区	38.1	36.7 (20)
6	江戸川区	46.1	47.5	(4)	18	千代田区	37.6	37.0 (18)
7	杉 並 区	45.1	48.1	(3)	19	渋谷区	37.2	38.3 (17)
8	文京区	44.9	44.8	(8)	20	大田区	36.9	36.6 (21)
9	荒川区	44.7	44.7	(9)	21	世田谷区	34.0	37.0 (19)
10	台東区	43.0	43.0	(11)	22	中央区	33.6	33.5 (22)
11	足立区	42.6	43.1	(10)	23	新宿区	30.1	32.2 (23)
12	練馬区	42.2	42.3	(13)	23区平均		41.7	42.5

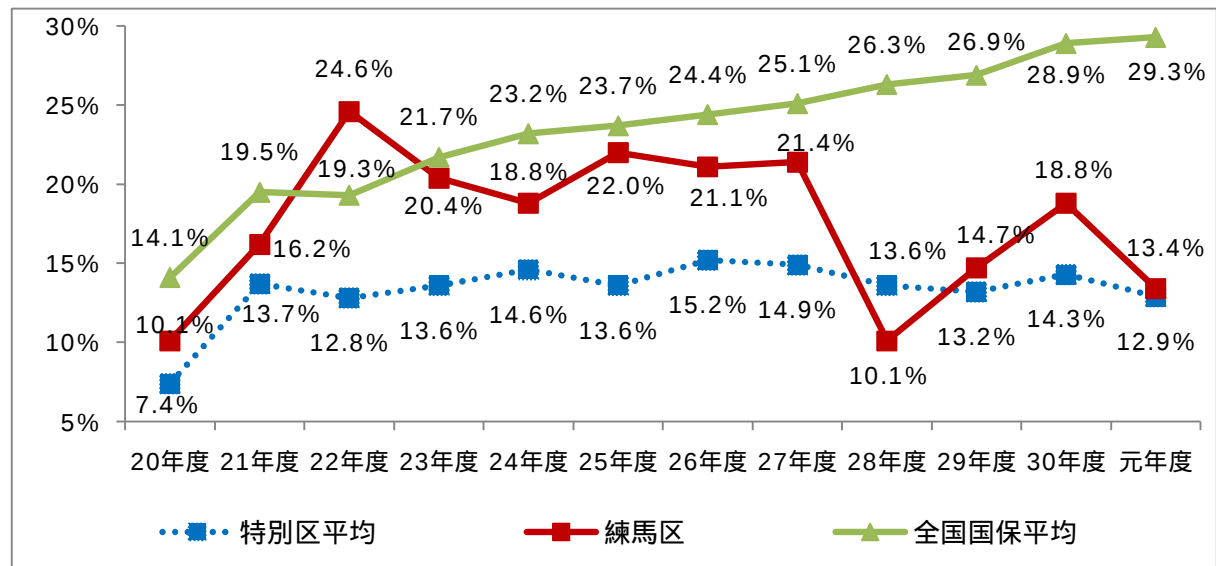
- 実施率は男女とも年代が上がるほど高くなる傾向があり、最も高いのは女性の70～74歳（58.2%）、最も低いのは男性の40～44歳（21.9%）となっています。

年齢階層別・男女別の実施率内訳（元年度）

年代 (歳)	計			男性			女性		
	対象者 (人)	実施者 (人)	実施率	対象者 (人)	実施者 (人)	実施率	対象者 (人)	実施者 (人)	実施率
40～44	7,377	1,846	25.0%	4,125	903	21.9%	3,252	943	29.0%
45～49	9,144	2,575	28.2%	5,066	1,271	25.1%	4,078	1,304	32.0%
50～54	9,320	2,921	31.3%	5,226	1,481	28.3%	4,094	1,440	35.2%
55～59	9,125	3,383	37.1%	4,665	1,488	31.9%	4,460	1,895	42.5%
60～64	10,462	4,376	41.8%	4,669	1,720	36.8%	5,793	2,656	45.8%
65～69	17,870	8,443	47.2%	7,801	3,233	41.4%	10,069	5,210	51.7%
70～74	26,151	14,191	54.3%	11,391	5,608	49.2%	14,760	8,583	58.2%
計	89,449	37,735	42.2%	42,943	15,704	36.6%	46,506	22,031	47.4%

- 令和元年度の練馬区の特定保健指導実施率は特別区平均より0.5ポイント高く、全国平均より15.9ポイント低くなっています。

特定保健指導実施率の他保険者との比較



➤ 23区国保における練馬区の順位は4位となっています。

23区国保の特定保健指導実施率（元年度）

(%)

順位	区名	元年度	30年度 ()内は30年度 順位		順位	区名	元年度	30年度 ()内は30年度 順位	
1	江戸川区	42.7	34.9	(1)	13	港区	11.1	13.7	(7)
2	豊島区	19.2	19.4	(4)	14	杉並区	10.9	11.9	(12)
3	墨田区	14.2	15.1	(6)	15	中野区	8.8	6.3	(21)
4	練馬区	13.4	18.8	(5)	16	千代田区	8.6	11.7	(13)
5	新宿区	12.8	12.7	(10)	17	世田谷区	7.2	10.4	(16)
6	北区	12.6	12.8	(9)	18	大田区	6.8	10.6	(14)
7	品川区	12.5	10.3	(17)	19	台東区	6.5	8.4	(20)
8	文京区	12.4	22.7	(2)	20	目黒区	5.9	9.8	(19)
9	渋谷区	12.1	12.9	(8)	21	荒川区	5.9	3.9	(22)
10	板橋区	12.0	12.5	(11)	22	中央区	5.5	1.8	(23)
11	江東区	11.7	20.8	(3)	23	足立区	5.4	10.3	(17)
12	葛飾区	11.2	10.6	(15)	23区平均		12.9	14.3	

➤ 特定保健指導実施率が最も高いのは、60～64歳・男性・動機付け支援となっています。

特定保健指導 性別・年代別レベル内訳（元年度）

年代 (歳)	動機付け支援						積極的支援					
	男性			女性			男性			女性		
	対象者 (人)	実施者 (人)	実施率	対象者 (人)	実施者 (人)	実施率	対象者 (人)	実施者 (人)	実施率	対象者 (人)	実施者 (人)	実施率
40～44	98	19	19.4%	46	6	13.0%	176	24	13.6%	29	7	24.1%
45～49	137	21	15.3%	88	14	15.9%	222	41	18.5%	48	5	10.4%
50～54	131	25	19.1%	86	15	17.4%	262	41	15.6%	57	5	8.8%
55～59	123	27	22.0%	96	18	18.8%	249	42	16.9%	79	11	13.9%
60～64	109	32	29.4%	118	32	27.1%	240	26	10.8%	91	18	19.8%
65～69	522	50	9.6%	320	43	13.4%						
70～74	756	43	5.7%	456	41	9.0%						
計	1,876	217	11.6%	1,210	169	14.0%	1,149	174	15.1%	304	46	15.1%

- 協力医療機関・民間事業者委託分の利用率はいずれも低調です。

実施機関別の状況（元年度）

実施機関	練馬区医師会委託分						民間事業者委託分		
	健診センター			協力医療機関					
会場	医師会医療健診センター または健康診査室			自院にて特定保健指導を 実施している医療機関			6 か所の保健相談所等		
	対象者 (人)	利用者 (人)	利用率	対象者 (人)	利用者 (人)	利用率	対象者 (人)	利用者 (人)	利用率
積極的支援	719	194	27.0%	65	1	1.5%	669	25	3.7%
動機付け支援	480	168	35.0%	225	36	16.0%	2,381	182	7.6%
計	1,199	362	30.2%	290	37	12.8%	3,050	207	6.8%

- 元年度利用者の約 60%が医療健診センターまたは健康診査室を利用しています。

利用者の実施機関別内訳（元年度）

実施機関	特定保健指導利用者（人）			利用者 構成比
	積極的支援	動機づけ支援	合計	
医師会医療健診センター または健康診査室	194	168	362	59.7%
協力医療機関	1	36	37	6.1%
民間事業者委託分	25	182	207	34.2%
合計	220	386	606	100%

- 30 年度に積極的支援が終了し、元年度の健診においても積極的支援に階層化された者（現状維持）の割合は、約 6 割となっています。

30 年度積極的支援終了者の保健指導レベル改善状況

支援 終了者	元年度 健診 結果あり	元年度の階層化結果							
		大きく改善		改善		現状維持		治療	
		情報提供になった		動機付け支援 になった		積極的支援 のままだった		服薬による 情報提供になった	
323 人	243 人	43 人	17.7%	45 人	18.5%	139 人	57.2%	16 人	6.6%

年度途中の加入者および資格喪失者を含む

- 30 年度に動機付け支援が終了し、元年度の健診においても動機付け支援に階層化された者（現状維持）の割合は、約 5 割となっています。

30 年度動機付け支援終了者の保健指導レベル改善状況

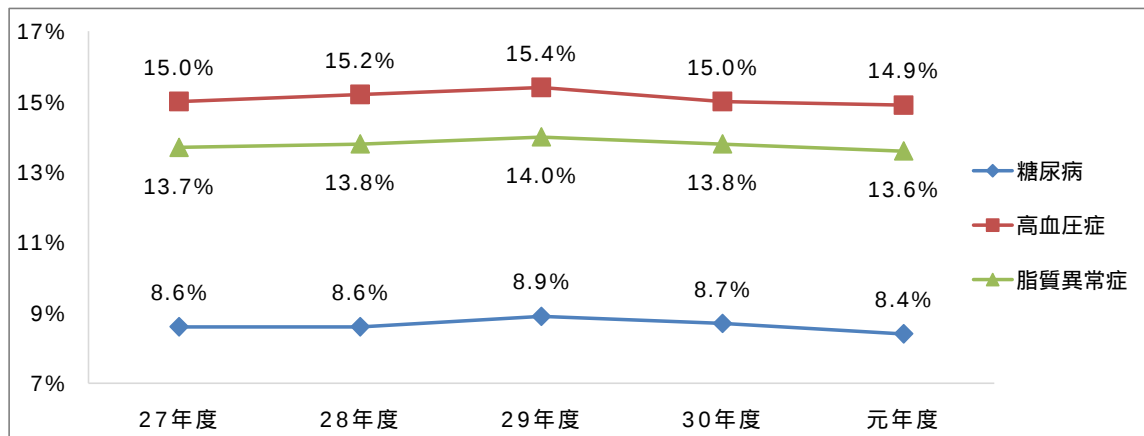
支援 終了者	元年度 健診 結果あり	元年度の階層化結果							
		改善		現状維持		悪化		治療	
		情報提供になった		動機付け支援 のままだった		積極的支援 になった		服薬による 情報提供になった	
492 人	381 人	127 人	33.3%	194 人	50.9%	34 人	8.9%	26 人	6.8%

年度途中の加入者および資格喪失者を含む

7. 糖尿病・高血圧症・脂質異常症の状況

- 糖尿病・高血圧症・脂質異常症の患者数の割合は、いずれも29年度をピークに、減少に転じています。

被保険者に占める糖尿病・高血圧症・脂質異常症患者数の割合の推移



出典：KDB 帳票「糖尿病・高血圧症・脂質異常症のレセプト分析（厚労省様式 3-2・3・4）」

- 糖尿病、高血圧症、脂質異常症の患者数はいずれも同規模保険者や全国と比べて少なく、東京都とほぼ同じです。

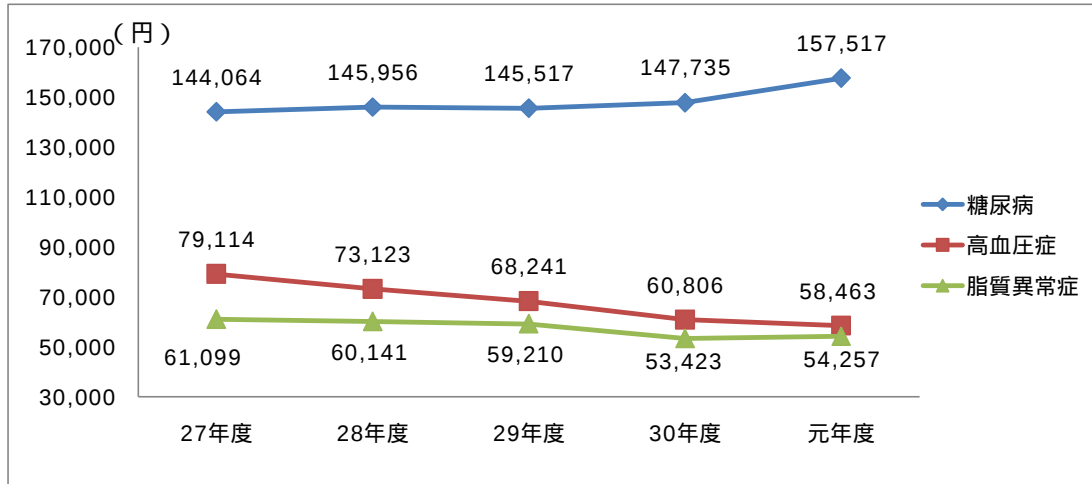
患者千人当たり生活習慣病患者数の比較（元年度）

	区	都	同規模	全国
糖尿病	195.7 人	194.7 人	216.7 人	224.9 人
高血圧症	341.6 人	339.8 人	391.1 人	411.5 人
脂質異常症	314.2 人	310.5 人	346.9 人	360.0 人

出典：KDB 帳票「医療費分析(1)細小分類」

- 高血圧症、脂質異常症の一人当たり医療費は減少していますが、糖尿病は上昇しています。

糖尿病・高血圧症・脂質異常症の一人当たり医療費の推移



出典：KDB 帳票「疾病別医療費分析（生活習慣病）」、
「糖尿病・高血圧症・脂質異常症のレセプト分析（厚労省様式 3-2・3・4）」

- 糖尿病患者は、他の生活習慣病を併発している割合が高く、高血圧症と脂質異常症の併発割合は約 7 割となっています。

糖尿病患者のその他の生活習慣病の罹患割合（元年度）

脂質異常症	高血圧症	高尿酸血症	虚血性心疾患	脳血管疾患
69.8%	69.3%	18.9%	18.8%	16.1%

出典：KDB 帳票「糖尿病のレセプト分析（厚労省様式 3-2）」

高血圧症患者のその他の生活習慣病の罹患割合（元年度）

脂質異常症	糖尿病	高尿酸血症	虚血性心疾患	脳血管疾患
59.8%	39.2%	17.7%	16.6%	15.3%

出典：KDB 帳票「高血圧症のレセプト分析（厚労省様式 3-3）」

脂質異常症患者のその他の生活習慣病の罹患割合（元年度）

高血圧症	糖尿病	高尿酸血症	虚血性心疾患	脳血管疾患
64.9%	43.8%	16.9%	16.5%	15.0%

出典：KDB 帳票「脂質異常症のレセプト分析（厚労省様式 3-4）」

8 . 要介護認定者と生活習慣病

- 全体では、生活習慣病に起因する心臓病、脳疾患、糖尿病（合併症を含む）の有病者の割合は高く、元年度においても大きな変化は見られません。
- 介護保険第2号被保険者（40～64歳）では、28年度と比較し、元年度は心臓病、脳疾患、糖尿病いずれの疾病も有病率が減少しています。

要介護認定者の有病状況

	28 年度		元年度		28 年度→元年度 2 号被保険者 有病率の変化
	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%	60.3%	26.5%	▲1.0
筋・骨格	50.1%	22.6%	53.9%	22.3%	▲0.3
脳疾患	25.8%	20.9%	23.7%	19.5%	▲1.4
精神疾患	35.1%	16.7%	38.0%	17.3%	0.6
糖尿病	23.5%	15.2%	24.7%	11.8%	▲3.4
(再掲) 糖尿病合併症	3.9%	4.4%	3.7%	3.2%	▲1.2
がん	11.3%	6.5%	12.5%	7.0%	0.5
難病	3.8%	6.0%	4.2%	6.8%	0.8
その他	58.6%	29.4%	61.0%	28.3%	▲1.1

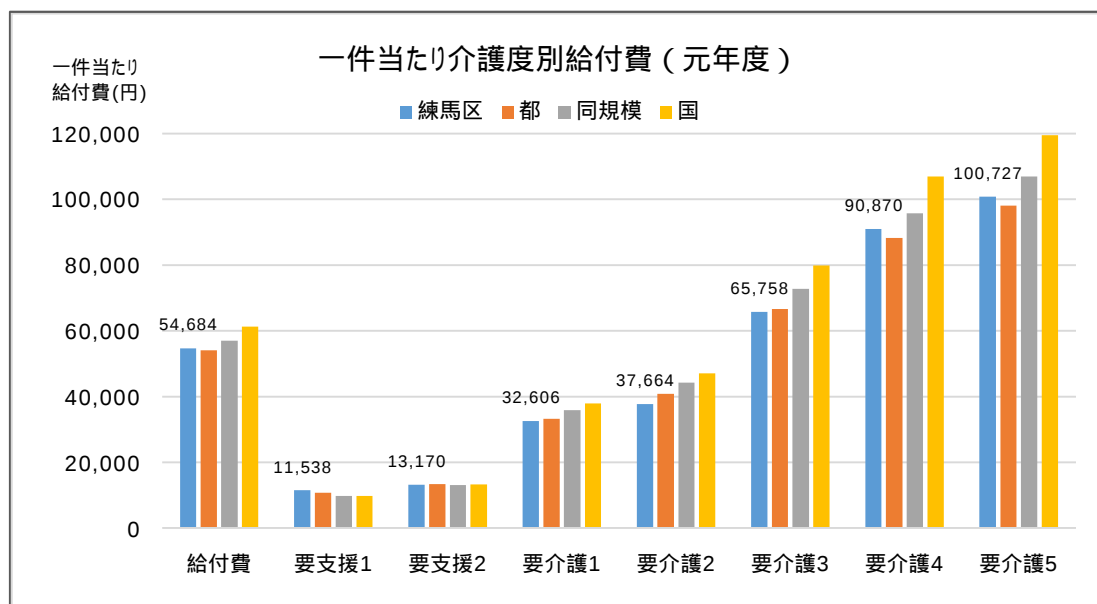
出典：KDB 帳票「要介護（支援）者認定状況（平成 28 年度、令和元年度）」

- 介護認定率は、都・同規模保険者・全国と比較して高くなっています。
- 一件当たり介護給付費は、都とほぼ同じですが、同規模保険者・全国と比較すると低くなっています。
- 要介護1から5までのすべてにおいて、一件当たり給付費は同規模保険者・全国と比較すると低くなっています。

認定率および給付費の状況（元年度）

区分		練馬区	都	同規模	全国
認定率（第1号のみ）		21.7%	20.3%	20.6%	19.6%
一件当たり給付費（円）		54,684	54,043	56,981	61,336
	要支援1	11,538	10,779	9,794	9,825
	要支援2	13,170	13,365	13,107	13,241
	要介護1	32,606	33,220	35,861	37,931
	要介護2	37,664	40,776	44,248	47,085
	要介護3	65,758	66,559	72,767	79,808
	要介護4	90,870	88,178	95,694	106,950
	要介護5	100,727	98,044	106,878	119,410

出典：KDB 帳票「地域の全体像の把握」



- 要介護認定者の生活習慣病に起因する心臓病、糖尿病の有病率は、都・同規模保険者・全国いずれと比較しても高い割合となっています。

要介護認定者の有病状況の比較（元年度）

	区	都	同規模	全国
心臓病	60.3%	56.1%	58.8%	58.7%
糖尿病	24.7%	22.6%	23.5%	23.0%
脳疾患	23.7%	22.0%	23.8%	24.0%

出典：KDB 帳票「地域の全体像の把握」

- 要介護認定の有無による医療費の差は2倍以上となっています。

要介護認定者と認定なし者の一月あたり医科医療費の比較（元年度）

	区	都	同規模	全国
要介護認定者	82,290 円	85,220 円	83,410 円	83,850 円
要介護認定なし者	34,930 円	36,600 円	38,620 円	39,430 円

出典：KDB 帳票「地域の全体像の把握」

第3 中間評価

1. 中間評価の目的

中間評価は、策定時に設定した目標、個別事業および指標について、現時点での達成状況を評価するとともに、目標達成に向けた課題を明らかにし、後期3年間の保健事業に反映することを目的としています。

2. 中間評価の方法

本計画は平成28年度までの健康・医療情報に関するデータや資料を基に策定しています。中間評価ではこれらを令和元年度までの情報に更新し、経年変化を見るデータの傾向について変動が見られないか等、改めて現状把握を行いました。

(1) 目標の評価と評価区分

本計画では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ます。目標値は推計値を基にしており、実績との差が生じることがあるため、データの分析・更新結果を踏まえて、目標の推計値の検証および目標値の再設定を行いました。

評価区分は、「A（すでに目標を達成している）」「B（年度目標を達成できていないが、最終目標の達成が見込まれる）」「C（目標の達成は困難である）」の3段階としました。

区分	評価内容	主な判断基準
A	すでに目標を達成している	年度ごとの目標値を達成し、かつ令和5年度目標値の達成が見込まれるもの
B	年度目標を達成できていないが、最終目標の達成が見込まれる	現時点で年度ごとの目標値は達成できていないが、令和5年度目標値の達成が見込まれるもの
C	目標の達成は困難である	年度ごとの目標値が達成できておらず、かつ令和5年度目標値の達成が困難であるもの

(2) 取組および個別事業の評価と評価区分

本計画に掲げた目標を達成するための3つの取組と、それに紐づく保健事業について、健康・医療情報を活用したデータ分析を行いました。

ストラクチャー評価（体制・構造に関する評価）、プロセス評価（実施方法・運営に関する評価）、アウトプット評価（事業量に関する評価）、アウトカム評価（成果・効果に関する評価）のうち、ストラクチャー評価とプロセス評価については、計画策定時に設定した評価内容に対し、現状はどうなっているかという視点で取組ごとに評価しました。アウトプット評価およびアウトカム評価については、計画策定時の数値（以下「ベースライン値」という。）と現状値とを比較するとともに、上記分析結果を踏まえ、現状値が指標の方向に向かって改善したか、変わらなかったか、悪化したかという視点で保健事業に位置付けた21の個別事業ごとに評価しました。さらに、アウトプット評価およびアウトカム評価を踏まえ、各事業の総合判定を行いました。

評価区分は、アウトプット指標およびアウトカム指標については「a（改善している）」「b（変わらない）」「c（悪化している）」「—（評価対象外）」の4段階とし、事業判定については「A（うまくいっている）」「B（変わらない）」「C（うまくいっていない）」「—（評価対象外）」の4段階としました。

【指標判定の評価区分と判断基準】

区分	評価内容	主な判断基準
a	改善している	ベースライン値から現状値までの数値変化が、指標の方向に対して＋5％超または令和5年度目標値に対して目標達成率が50％を超えるもの
b	変わらない	ベースライン値から現状値までの数値変化が、指標の方向に対して±5％以内または令和5年度目標値に対して目標達成率が30％以上50％未満であるもの
c	悪化している	ベースライン値から現状値までの数値変化が、指標の方向に対して－5％以上または令和5年度目標値に対して目標達成率が30％未満であるもの
—	評価対象外	ベースライン値から現状値までの数値変化の比較ができない等、現時点では指標評価ができないもの

【事業判定の評価区分と判断基準】

区分	評価内容	主な判断基準
A	うまくいっている	各指標の評価結果を総合的に勘案して、事業の目的達成に向けて指標が改善傾向にあると判断されるもの
B	変わらない	各指標の評価結果を総合的に勘案して、事業の目的達成に向けて指標がおおむね不変であると判断されるもの
C	うまくいっていない	各指標の評価結果を総合的に勘案して、事業の目的達成に向けて指標が悪化傾向にあると判断されるもの
—	評価対象外	各指標から、現時点では評価ができないもの

(3) 指標および事業内容の見直しについて

計画策定時は現状が不明であったため、指標の設定を「検討中」としていたものや、数値で評価できず、中間評価にて「評価対象外」となった指標については、すべて年次で数値評価できるように見直しを行いました。

また、事業内容についても、現状やデータ分析結果等を基に見直しを行いました。

(4) 評価を踏まえた今後の取組の方向性について

指標の改善状況を踏まえ、現状と課題を整理するとともに、今後すべての事業について充実・強化すべき方向性を示しました。

3. 分析および検討

国保年金課にて実績やデータを取りまとめ、分析については健康部の医療専門職と連携して進めました。

また、成人保健事業検討部会、練馬区国民健康保険運営協議会、練馬区がん検診・生活習慣病対策検討委員会においてデータ分析結果を提示し、意見聴取を行いました。

第4 目標の評価

1. 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上

当初の
目標値

令和5年度までに、**特定健康診査の実施率を60%にします**

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%	55%	55%	60%	C
実績	42.3%	42.2%	—	—	—	—	
目標値と実績の差	▲2.7	▲7.8	—	—	—	—	

【評価・目標の見直し】P.43～47、50～51、54～65

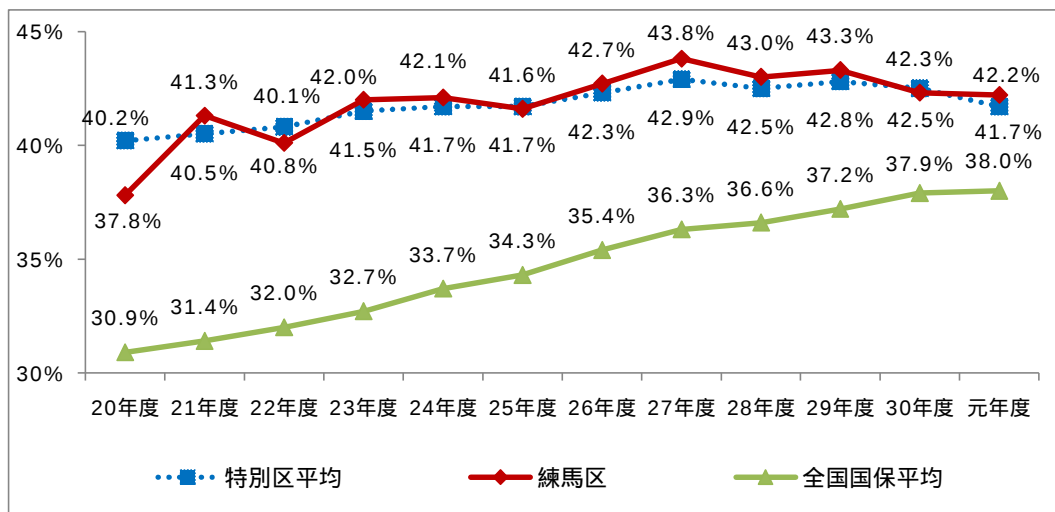
- 実施率は近年、42～43%台で推移しており、年度ごとの目標達成には至っていません。また、最終年度の目標達成も見込めないことから、評価を「C」としました。
- これまで、受診勧奨については実施率の低い年代（40～50代）不定期受診者、生活習慣病リスク保有者などを中心に実施してきました。不定期受診者については、受診勧奨の結果、実施率は30年度から元年度で3.0ポイント上昇しており、一定の効果が上がっています。一方、初めて特定健診の対象となる40歳への受診勧奨では、実施率は30年度から元年度で0.8ポイント減少しています。健診を毎年継続して受診する「健診リピーター」を増やすため、受診勧奨の内容を見直します。
- 健診未受診者の状況を分析した結果、生活習慣病治療中かつ健診未受診の者の割合が増えている年代で、健診実施率が落ち込んでいることが分かりました。特に60歳以上の女性において顕著であり、全体の実施率低下に大きく影響しています。また、特定健診未受診者に受診しなかった理由を尋ねたアンケート調査では、「仕事・介護・育児等の都合」に次いで「継続して通院・治療している」が多い結果となりました。生活習慣病治療中でも健診を継続的に受診し、検査結果を把握していくことが大切です。
健診実施率の低下が大きい年代へ新たに受診勧奨を行うとともに、令和2年度から開始した「かかりつけ医からの受診勧奨」を医師会との連携のもと強化していきます。
- 本計画では、国が定める市町村国保の目標値である60%を目標としていましたが、これまでの実績や今後の取組による効果を見込み、特別区の上位を目指して、5年度の目標実施率を50%とします。不定期受診者や、特に実施率の低下が顕著な年代などへの的を絞った受診勧奨の強化、予約方法の簡便化などの環境整備を行い、引き続き実施率の向上に取り組んでいきます。

見直し後の
目標値

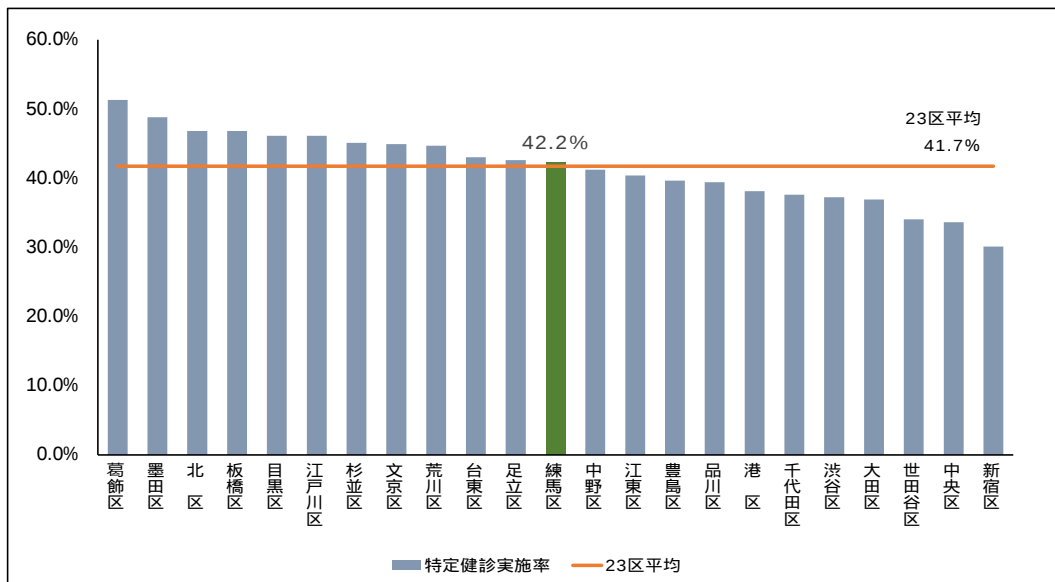
	3年度	4年度	5年度
特定健康診査実施率	45%	48%	50%

第4 目標の評価 > 1. 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上

特定健康診査実施率 他保険者との比較



23 区の特定健康診査実施率（元年度）



特定健康診査 性別・年代別実施率

区分		28 年度	29 年度	30 年度	元年度	28→元
男性	60～64 歳	37.2%	37.3%	37.3%	36.8%	▲0.4%
	65～69 歳	43.5%	44.0%	42.4%	41.4%	▲2.1%
	70～74 歳	50.8%	50.0%	49.3%	49.2%	▲1.6%
女性	60～64 歳	47.8%	47.3%	46.3%	45.8%	▲2.0%
	65～69 歳	54.9%	54.5%	53.3%	51.7%	▲3.2%
	70～74 歳	61.6%	61.3%	59.1%	58.2%	▲3.4%
全体		43.0%	43.3%	42.3%	42.2%	▲0.8%
64 歳以下		33.4%	33.6%	33.0%	33.2%	▲0.2%
65 歳以上		53.4%	53.4%	52.1%	51.4%	▲2.0%

当初の
目標値令和5年度までに、**特定保健指導の実施率を60%にします**

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%	45%	50%	60%	C
実績	18.8%	13.4%	—	—	—	—	
目標値と実績の差	▲11.2	▲21.6	—	—	—	—	

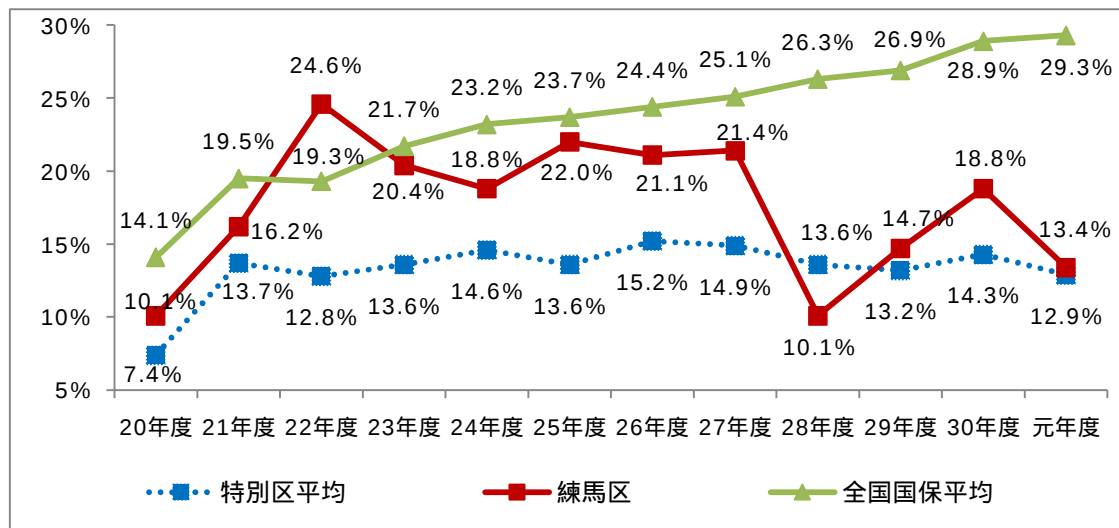
【評価・目標の見直し】P. 43～44、48、50～51、54～55、58～61

- 実施率は近年、20%を割り込んでおり、年度ごとの目標達成には至っていません。また、最終年度の目標達成も見込めないことから、評価を「C」としました。
- 30年度から、利用者インセンティブ(血管年齢や体組成の測定、健康グッズの提供等)の付与、初回面談会場の拡充、パソコンやスマートフォンなどを使用したICT(オンライン)面談などに取り組んできました。特にICT(オンライン)面談は会場まで足を運ぶことなく面談ができるため、コロナ禍における重要なツールとして利用者数を伸ばすことができました。今後も積極的に周知し、利用者の利便性の向上を図ります。
- 初めて特定保健指導の対象となった者の実施率は約18%なのに対し、2～5回目の該当者では約11%となっており、対象となった回数が多い者の方が実施率が低くなる傾向があります。特定保健指導は毎年対象となる者の割合が高いため、利用者が再び利用したいと思えるよう、インセンティブおよび保健指導の内容の充実について実施機関と協議していきます。
- 本計画では、国が定める市町村国保の目標実施率にならい、目標を60%としていましたが、達成には程遠い状況です。一方で、区の22～27年度の実施率は概ね20%を超えていたことから、この水準まで回復することを目指し、5年度の目標実施率を25%とします。特定保健指導対象者向け健診結果説明会の実施、ICTのさらなる活用などについて、医療機関および委託事業者と協議していきます。

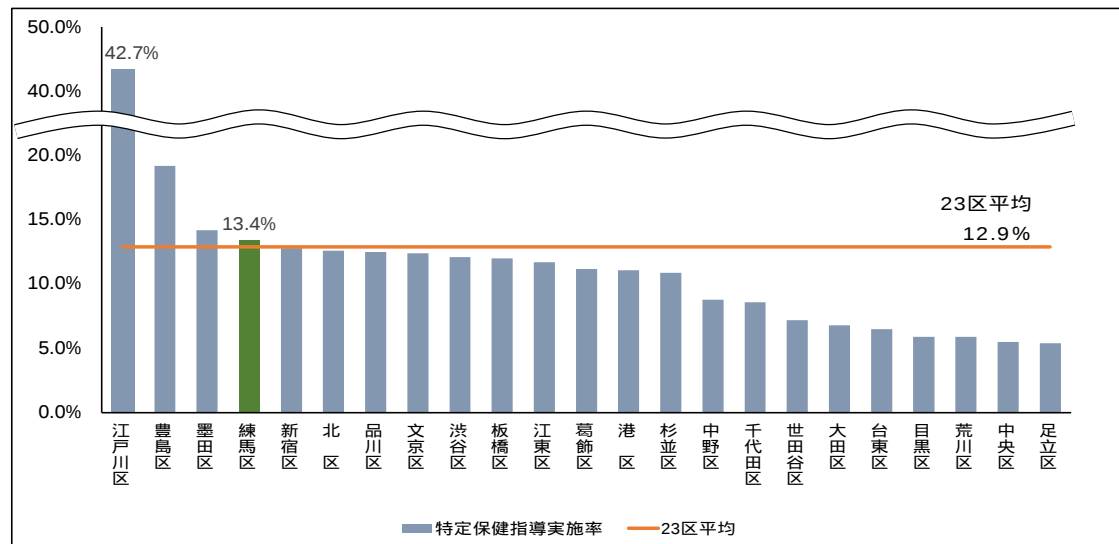
見直し後の
目標値

	3年度	4年度	5年度
特定保健指導実施率	20%	23%	25%

特定保健指導実施率 他保険者との比較



23 区の特定保健指導実施率（元年度）



特定保健指導 性別・年代別レベル内訳（元年度）

年代 (歳)	動機付け支援						積極的支援					
	男性			女性			男性			女性		
	対象者 (人)	実施者 (人)	実施率	対象者 (人)	実施者 (人)	実施率	対象者 (人)	実施者 (人)	実施率	対象者 (人)	実施者 (人)	実施率
40～44	98	19	19.4%	46	6	13.0%	176	24	13.6%	29	7	24.1%
45～49	137	21	15.3%	88	14	15.9%	222	41	18.5%	48	5	10.4%
50～54	131	25	19.1%	86	15	17.4%	262	41	15.6%	57	5	8.8%
55～59	123	27	22.0%	96	18	18.8%	249	42	16.9%	79	11	13.9%
60～64	109	32	29.4%	118	32	27.1%	240	26	10.8%	91	18	19.8%
65～69	522	50	9.6%	320	43	13.4%						
70～74	756	43	5.7%	456	41	9.0%						
計	1,876	217	11.6%	1,210	169	14.0%	1,149	174	15.1%	304	46	15.1%

2. 一人当たり医療費の伸びを抑制

当初の
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**します

	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	B
実績	2.6%増	2.6%増	5.1%増	—	—	—	—	
目標値と実績の差	▲1.2	0.2	▲0.9	—	—	—	—	
一人当たり医療費【目標】	309,600円	313,875円	318,149円	322,424円	326,698円	330,973円	335,858円	
一人当たり医療費【実績】	313,212円	313,294円	320,914円	—	—	—	—	

平成28年度の一人当たり医療費は305,326円

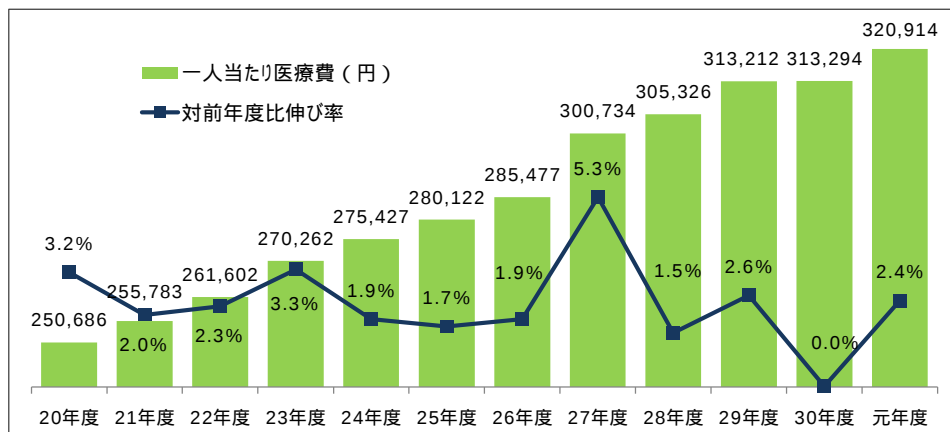
【評価・実績】

- 一人当たり医療費の対28年度比の伸び率は、29年度と元年度は目標を超過しましたが、30年度は目標内に収まりました。
- 目標を達成できていない年度があるものの、目標と実績の差がさほど大きくないことから、評価を「B」としました。5年度の目標値もこのまま維持します。
- 令和2年の各月の「診療報酬等請求内訳書（一般・合計）」を前年同月と比較したところ、医科・歯科・調剤いずれも前年同月を大きく割り込んだ月が複数ありました。新型コロナウイルス感染症による受診控えが影響しています。
- ジェネリック医薬品利用率は2年9月時点で75.7%となりました。利用率は緩やかに向上しています。
- 医療費の上昇には、医療技術の高度化や薬価など、外的な要因が大きく影響します。一人当たり医療費の伸びを抑えて国民健康保険制度を安定的に維持するため、生活習慣病の重症化予防、重複・頻回受診者への訪問指導、被保険者への意識啓発（ジェネリック医薬品の利用勧奨、差額通知、医療費通知、健診の受診勧奨）など、引き続き多角的に取り組めます。

5年度の
目標値

対28年度比 10%増に抑制

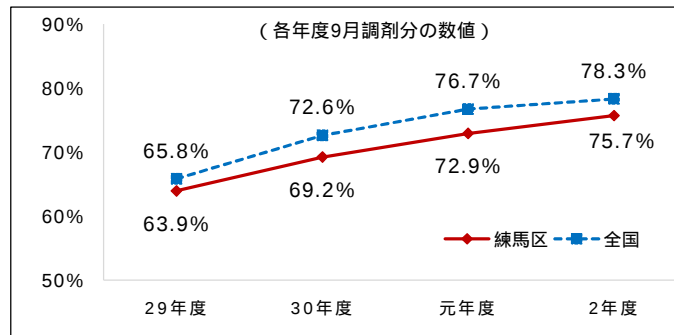
一人当たり医療費・伸び率の推移



出典：「ねりまの国保 令和2年度版」

ジェネリック医薬品利用率（ ）の推移

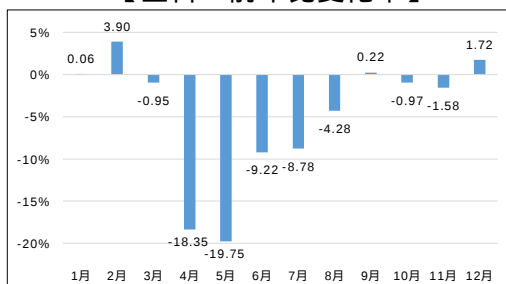
後発医薬品の数量 / 後発医薬品のある先発医薬品の数量 + 後発医薬品の数量



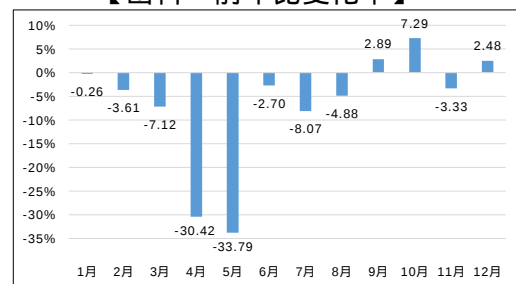
出典：（全国）厚生労働省「薬価調査」
（練馬区）東京都国民健康保険団体連合会「数量シェア集計表」

国民健康保険診療報酬等請求内訳書（一般・合計）前年同月比較（令和2年）

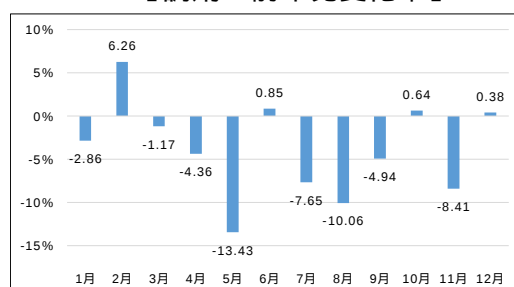
【医科 前年比変化率】



【歯科 前年比変化率】



【調剤 前年比変化率】



3. 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）**を目指します

（＊）65歳健康寿命（東京保健所長会方式）とは、65歳の人が、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です。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ますが、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ます。

	27年度	28年度	29年度	30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	B
実績【男性】	81.12 歳	81.15 歳	81.15 歳	81.23 歳	…	—	
実績【女性】	82.47 歳	82.60 歳	82.58 歳	82.71 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 + 0.56 女性 + 0.77	

令和元年度実績は3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

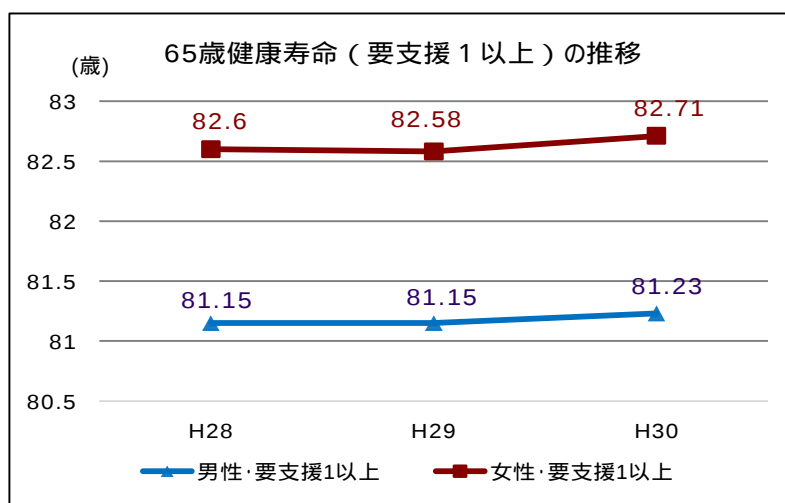
【評価・実績】

- 練馬区の65歳健康寿命は27年度から30年度の間男性で0.11歳、女性で0.24歳延伸しています。また、男性の平均障害期間に変化はありませんが、女性では0.1年短くなっており、健康な状態の期間が伸びています。
- 年度ごとの目標値は設定していませんが、男性の目標達成はやや厳しいものの、男女ともに延伸傾向にあることから、評価を「B」としました。5年度の目標値もこのまま維持します。
- 令和3年度から実施する「高齢者みんな健康プロジェクト」に、国保部門として庁内検討の段階から参画してきました。国保の被保険者を後期高齢者医療制度に健康な状態で引き継いでいくために、後期高齢者や介護保険も含めたデータ分析を行い、前期高齢者の段階で生活習慣病の管理をしっかりと行うという国保の役割を強化していきます。

5年度の
目標値

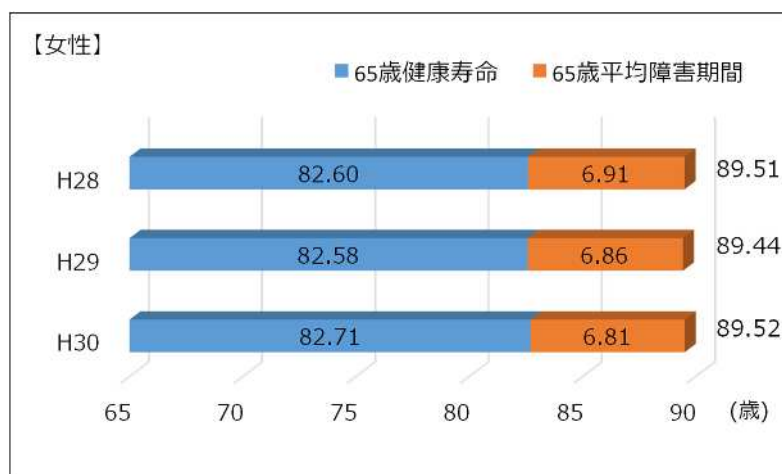
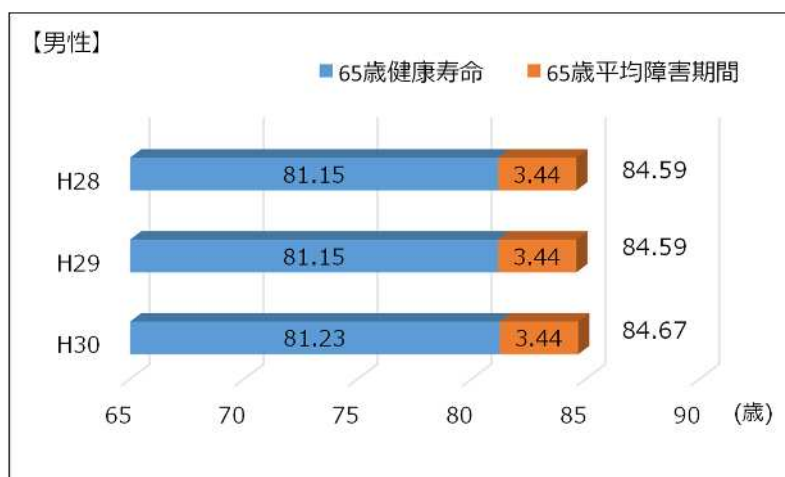
**男性 81.68 歳（27 年度実績から + 0.56 歳）
女性 83.24 歳（27 年度実績から + 0.77 歳）**

練馬区の65歳健康寿命の男女別推移（28～30年度）



出典：東京都福祉保健局 HP（とうきょう健康ステーション）65歳健康寿命

65歳健康寿命と65歳平均障害期間の男女別推移（28～30年度）



出典：東京都福祉保健局 HP（とうきょう健康ステーション）65歳健康寿命

【高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施】

令和元年5月、「医療保険制度の適正かつ効率的運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」の公布に伴い、高齢者の医療の確保に関する法律、国民健康保険法、介護保険法の各法が改正されました。改正国民健康保険法では、市町村は、国民健康保険の保健事業について、後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業と一体的に実施するよう努めるものとされました。

高齢者は複数の慢性疾患に加え、認知機能や社会的な繋がりが低下するといった、いわゆるフレイル状態になりやすい傾向にあるため、一人ひとりの状況に応じたきめ細やかな対応を行うことが必要です。

これまで、市町村が実施する74歳までの国民健康保険制度の保健事業（国民健康保険保健事業）と、後期高齢者医療広域連合が主体となって実施する75歳以降の後期高齢者医療制度の保健事業（高齢者保健事業）とは、十分な連携が図られてこなかった経過がありました。

また、介護予防の取組は市町村が主体となって実施しているため、健康状況や生活機能の課題に一体的に対応できていないという課題がありました。

上記の法改正では、市町村は高齢者保健事業と介護保険の地域支援事業等を実施するに当たり、自ら保有する医療・健診・介護等に関する情報を横断的に活用することができるようになりました。国保で取り組んできた、健康・医療情報などのデータを活用して保健事業を実施する仕組みが、高齢者保健事業や介護予防などの場においても求められています。

高齢者みんな健康プロジェクト

区では、さまざまな健康課題を抱える高齢者を支援するため、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」を令和3年度から開始します。

高齢部門に専管係を設置し、新たに4名の「高齢者保健指導専門員」を配置して、地域包括支援センター、保健相談所、街かどケアカフェ等との連携のもと、取組を進めます。

国保が果たす役割

KDB（国保データベース）システム等を用いたデータ分析と分析結果の共有

国保の保健事業は健康・医療情報を活用し、PDCA サイクルに沿って実施しています。KDB システムから得られる健康・医療情報は、被保険者の健康課題の分析や保健事業の評価に使用しています。

データの中には年代別に比較しているものや、地域課題の経年変化を見ているものもあります。データや分析結果を関係部署と共有し、「高齢者みんな健康プロジェクト」に活用します。

「国保」から「後期」へつなぐ

練馬区では、前期高齢者（65～74 歳）の約 64%が国保加入者であり、75 歳に到達し後期高齢者医療制度に移行する者のうち、約 83%が国保からの移行となっています。国保の保健事業と高齢者の保健事業を接続し、切れ目のない支援ができるよう、情報共有を図ります。

また、活用する情報のうち、健診結果から得られる健康情報は非常に重要です。高齢部門、健康部門、医師会等と連携し、実施率向上のための環境整備や受診勧奨の強化を図ります。

高齢期になる前からの健康管理

生活習慣病は若い頃からの対策が重要です。健診受診による健康チェック、病気の早期発見・早期治療を促すため、受診しやすい環境整備や受診勧奨の強化を図るとともに、糖尿病ハイリスク者に対しては、医療機関への受診勧奨や個別支援を通して、重症化予防を図ります。

また、高齢部門から見た健康課題を共有し、高齢期を迎える前から国保が取るべき対策を考え、保健事業に反映していきます。

第三期特定健康診査等実施計画の数値の変更

特定健康診査・特定保健指導の目標実施率の変更に伴い、第三期特定健康診査等実施計画に記載されている実施率も変更します。また、対象者数についても、推計をもとに以下のとおり変更します。

達成しようとする目標（実施率）

特定健康診査

	3年度	4年度	5年度
実施率目標値	45%	48%	50%

特定保健指導

	3年度	4年度	5年度
実施率目標値	20%	23%	25%

対象者数

特定健康診査

	3年度	4年度	5年度
対象者数（見込み）	93,800	92,000	90,200
想定実施者数	42,210	44,160	45,100

対象者数（見込み）は、3年度から5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、対象者数に実施率目標値を乗じて算出

特定保健指導

	3年度	4年度	5年度
対象者数（見込み）	5,070	5,300	5,410
想定実施者数	1,010	1,220	1,350

対象者数（見込み）は、上記 特定健康診査の想定実施者数に、12.0%（29～元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、対象者数に実施率目標値を乗じて算出

第5 取組の中間評価

1. 3つの取組と実施する保健事業の体系

本計画では、「特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上」「一人当たりの医療費の伸びを抑制」「健康寿命の延伸」の目標を達成するための3つの取組とそれに紐づく保健事業を下記のとおり位置づけています。

取組1（特定健康診査・特定保健指導の推進）の保健事業

- (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
- (2) わかりやすく、効果的な勧奨や情報提供をします
- (3) 関係団体等と連携・協力した取組を実施します

取組2（糖尿病対策の強化）の保健事業

- (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
- (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
- (3) 糖尿病対策の連携・協力体制の整備を目指します

取組3（国保から広げる健康づくり）の保健事業

- (1) 主体的で適切な受診行動ができるように支援します
- (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
- (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

【取組および保健事業の評価方法について】

- ストラクチャー評価（体制・構造に関する評価）およびプロセス評価（実施方法・運営に関する評価）については取組ごとに行いました。
- アウトプット評価（事業量による評価）およびアウトカム評価（成果・効果）については、それぞれの保健事業に位置付けた21の個別事業ごとにベースライン値（第2期データヘルス計画策定時の数値）と令和元年度実施状況を比較し、指標の達成状況の評価を行うとともに、評価結果を踏まえて、社会状況の変化なども見据えながら指標の見直しや今後の取組の方向性を示しました。

なお、評価はP28・29の「指標判定の評価区分と判断基準」と「事業判定の評価区分と判断基準」に基づき行いました。

取組1

特定健診・特定保健指導の推進

現状

(平成 28 年度)

- 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さらに低い。
- 健診を受けない理由は、「仕事・育児・介護等の都合(多忙)」が最も多く、「面倒である」という理由も上位である。
- 特定健康診査の対象者のうち、27%が健診未受診かつ生活習慣病の治療歴がない。

課題

- 特定健康診査、特定保健指導の受けやすさや利用しやすさを改善し、未受診の最大の理由を解決すること
- 被保険者が「健診を定期的・継続的に受診する」という意識を持ち、行動すること
- 区が、特定健康診査対象者の健康課題(健診結果や医療受診データ等)を把握し、活用すること

(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

利用機会の拡充等による健診サービスの向上
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

(2) わかりやすく、効果的な勧奨や情報提供をします

効果的な勧奨による「健診受診リピーター」の確保
個人の予防・健康づくりに対するインセンティブの活用

(3) 関係団体等と連携・協力した取組を実施します

働く世代に向けた新しいアプローチによる受診勧奨
健診実施機関との連携による取組の検討

事業実施

目指す状態

- 特定健康診査と特定保健指導の目標値を達成し、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、保健指導等の生活習慣改善のための適切な対応が図られている

(1) 取組全体の評価

利用しやすい環境整備に向けた取組を行った結果、特定保健指導実施率は平成 28 年度と比較し向上しましたが、特定健診実施率はほぼ横ばいとなっており、特定健診実施率の向上に向けた更なる取組が必要となっています。

国保加入者が定期的・継続的な健康管理ができるよう、受診しやすい環境整備に取り組むとともに、実施率の伸び悩みの一因である 60 歳代以上の実施率を向上させるため、医療機関とも連携した受診勧奨の強化を図ります。

(2) 取組におけるストラクチャー評価およびプロセス評価

評価区分	評価内容	評価
ストラクチャー評価	特定健康診査・特定保健指導の実施体制が確保できているか	特定健診は区内協力医療機関と近隣区（杉並区、板橋、中野）合わせて 613 医療機関で実施。特定保健指導は 6 医療機関と委託事業者により実施し、ICT（オンライン）面談も実施。
プロセス評価	国が定める基準、手引き、指針等に基づいて実施しているか	特定健診、特定保健指導ともに国が定める基準、手引き、プログラムに準拠して実施。

(3) 各個別事業評価結果一覧

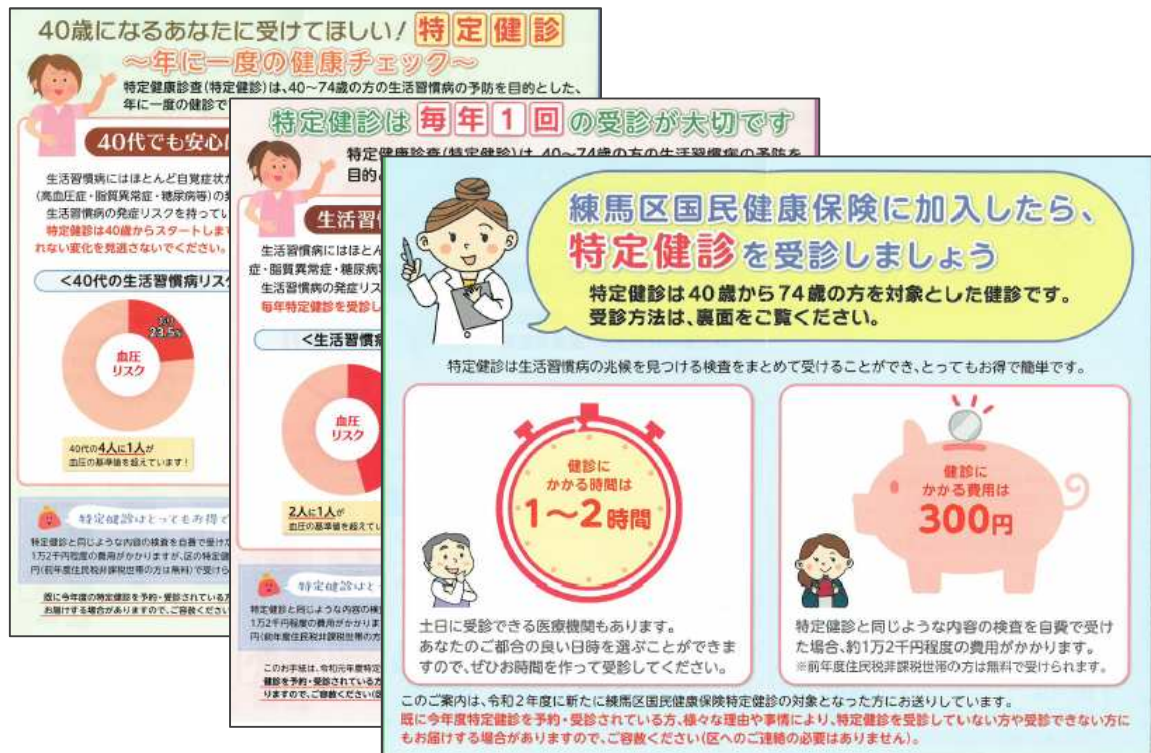
保健事業	個別事業	評価結果・課題	主な見直し内容
(1) 健診を受診しやすい体制等を整備し、健診受診者の満足度向上を図ります	利用機会の拡充等による健診サービスの向上	健診や保健指導を利用しやすい体制整備に向けて新たな試みを行っているが、実施率に変化がない。	特に健診実施率が停滞している世代が受診しやすい環境整備を引き続き検討していく。
	がん検診や成人歯科健診との相乗効果による受診率向上	がん検診・成人歯科健診は低調なまま推移しており、受診勧奨による効果が限定的である。	「練馬区健康づくりサポートプラン」(令和2年度～5年度)に位置付けられたがん検診の受診率向上の取組との連携を図り事業を進めていく。
(2) わかりやすく、効果的な勧奨や情報提供をします	効果的な勧奨による「健診受診リピーター」の確保	受診勧奨通知を全面リニューアルした効果は得られたが、一方で60歳以上の実施率が低下しており、これらの者に対する対策が必要である。	若年層だけでなく60歳代への受診勧奨を検討していく。
	個人の予防・健康づくりに対するインセンティブの活用	特定保健指導実施率は、平成28年度と比べ向上しており、インセンティブ付与の一定の効果が表れているが、毎年特定保健指導の対象になる者へのインセンティブ付与方法の工夫が必要である。	特定保健指導実施率や利用者の翌年度検査値の改善状況に基づき、内容を見直すとともに、毎年特定保健指導対象となっている者への対策を検討する。
(3) 関係団体等と連携・協力した取組を実施します	働く世代に向けた新しいアプローチによる受診勧奨	働く世代へのアプローチ方法を再検討する必要がある。	働く世代に対してのアプローチは、健診を受けやすい環境整備がより効果的であると考えられるため、「取組1 保健事業(1)」の取組を強化することにより、働く世代をサポートしていく。
	健診実施機関との連携による取組の検討	生活習慣病治療中で健診未受診者の割合が増えている世代で特定健診実施率の落ち込みが目立っており、これらの世代への受診勧奨の強化が必要である。	練馬区医師会と連携し、かかりつけ医から本人への受診勧奨の取組を強化していくとともに、通院中の特定健診受診の大切さについて、更なる周知を図っていく。

【かかりつけ医配付用特定健診受診勧奨チラシ】



通院中の方に対し、かかりつけ医から特定健診の受診勧奨を行っています。

【特定健診受診勧奨はがき】



勧奨対象者の特性に応じた受診勧奨通知を送付しています。

取組1

特定健診・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

対象

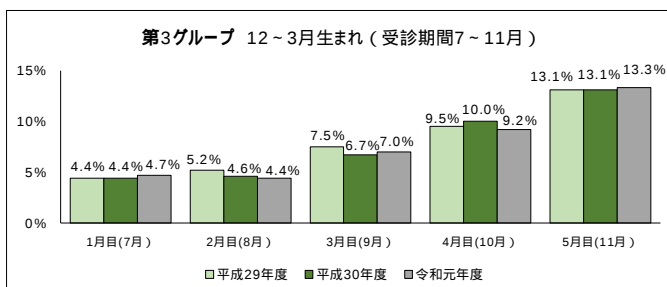
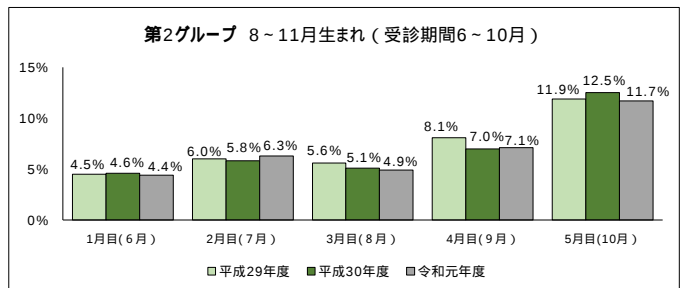
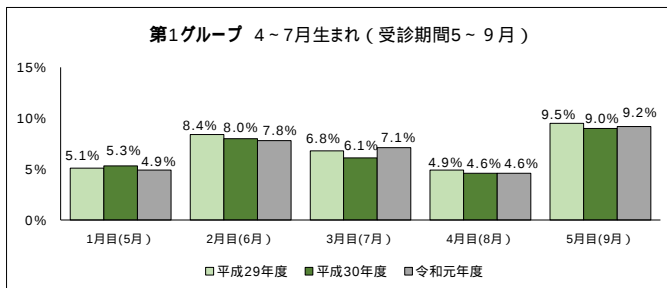
- ・特定健診の対象者：約9万人
- ・特定保健指導の対象者：約5千人
- ・がん検診対象者（のうち被保険者）：推計 約6万人
- ・歯科健診対象者（のうち被保険者）：推計 約1万1,500人

現状（データの分析結果）

性別・年代別特定健康診査実施率（元年度）

年代 (歳)	計			男性			女性		
	対象者 (人)	実施者 (人)	実施率	対象者 (人)	実施者 (人)	実施率	対象者 (人)	実施者 (人)	実施率
40～44	7,377	1,846	25.0%	4,125	903	21.9%	3,252	943	29.0%
45～49	9,144	2,575	28.2%	5,066	1,271	25.1%	4,078	1,304	32.0%
50～54	9,320	2,921	31.3%	5,226	1,481	28.3%	4,094	1,440	35.2%
55～59	9,125	3,383	37.1%	4,665	1,488	31.9%	4,460	1,895	42.5%
60～64	10,462	4,376	41.8%	4,669	1,720	36.8%	5,793	2,656	45.8%
65～69	17,870	8,443	47.2%	7,801	3,233	41.4%	10,069	5,210	51.7%
70～74	26,151	14,191	54.3%	11,391	5,608	49.2%	14,760	8,583	58.2%
計	89,449	37,735	42.2%	42,943	15,704	36.6%	46,506	22,031	47.4%

特定健康診査受診期間グループごとの実施率の比較



	第1グループ 実施率	第2グループ 実施率	第3グループ 実施率
29年度	38.7%	39.8%	39.9%
30年度	37.5%	38.7%	39.2%
元年度	37.9%	38.3%	38.8%

*実施率は、受診者数 / 受診券発行枚数で計算

特定健診実施機関別の受診者数内訳（元年度）

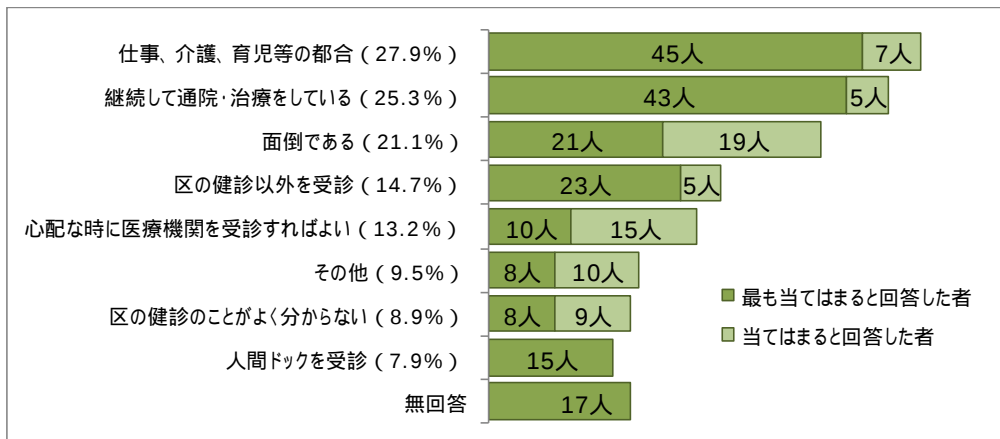
実施場所	会場数	受診者数(人)	構成比
練馬区協力医療機関	289	30,184	80.0%
練馬区医師会医療健診センター・健康診査室	2	5,757	15.3%
中野区、杉並区、板橋区協力医療機関	324	1,794	4.8%

町名別特定健診実施率分析（全体・男女別実施率、世帯人口等）（元年度）

実施率上位1～10位と下位1～10位を表示

町名	(a)		(b)		(c)		(d)		(e)		(f)	
	健診全体順位 ()は前年度順位	実施率	男性順位	実施率	女性順位	実施率	対象者 平均年齢 順位(若い順)	対象者 平均年齢	受診者 平均年齢 順位(若い順)	受診者 平均年齢	一世帯あたり 人口順位 (多い順)	一世帯あたり 人口
A	1 (3)	47.5%	2	43.0%	2	51.9%	26	61.22	17	63.34	1	2.32
B	2 (2)	47.3%	1	43.0%	6	50.7%	45	64.01	45	65.96	11	2.16
C	3 (4)	47.0%	3	41.9%	3	51.6%	33	61.44	27	63.70	19	2.01
D	4 (5)	47.0%	4	41.4%	1	52.4%	44	62.54	44	65.05	16	2.06
E	5 (1)	46.3%	5	41.0%	4	51.4%	25	61.10	43	64.48	4	2.25
F	6 (8)	45.6%	6	40.3%	7	50.4%	41	61.74	32	63.87	22	1.98
G	7 (6)	45.5%	7	40.0%	9	50.2%	34	61.46	34	63.96	24	1.95
H	8 (12)	45.1%	8	39.6%	5	50.8%	30	61.32	33	63.91	5	2.24
I	9 (9)	44.4%	9	39.0%	10	49.3%	28	61.29	26	63.68	10	2.17
J	10 (7)	43.5%	10	38.4%	18	47.5%	42	61.78	42	64.40	15	2.06
K	36 (27)	39.2%	39	32.1%	30	45.9%	8	60.29	14	63.10	2	2.29
L	37 (40)	38.8%	33	33.5%	40	43.4%	10	60.33	23	63.58	39	1.71
M	38 (41)	38.8%	38	33.2%	33	45.2%	7	60.29	4	62.41	44	1.52
N	39 (36)	38.7%	26	34.9%	42	42.4%	5	60.23	13	63.00	42	1.62
O	40 (38)	38.0%	40	31.6%	38	44.0%	22	61.02	11	62.97	33	1.80
P	41 (33)	36.7%	44	30.3%	44	42.0%	43	62.37	20	63.40	8	2.19
Q	42 (37)	36.7%	42	30.4%	43	42.2%	18	60.77	22	63.43	26	1.94
R	43 (45)	36.5%	45	29.3%	39	43.8%	9	60.30	21	63.40	38	1.73
S	44 (43)	36.5%	43	30.4%	41	42.8%	2	59.16	2	61.55	45	1.51
T	45 (44)	36.4%	41	31.4%	45	41.5%	1	57.82	1	61.31	41	1.63

特定健康診査を受診しなかった理由

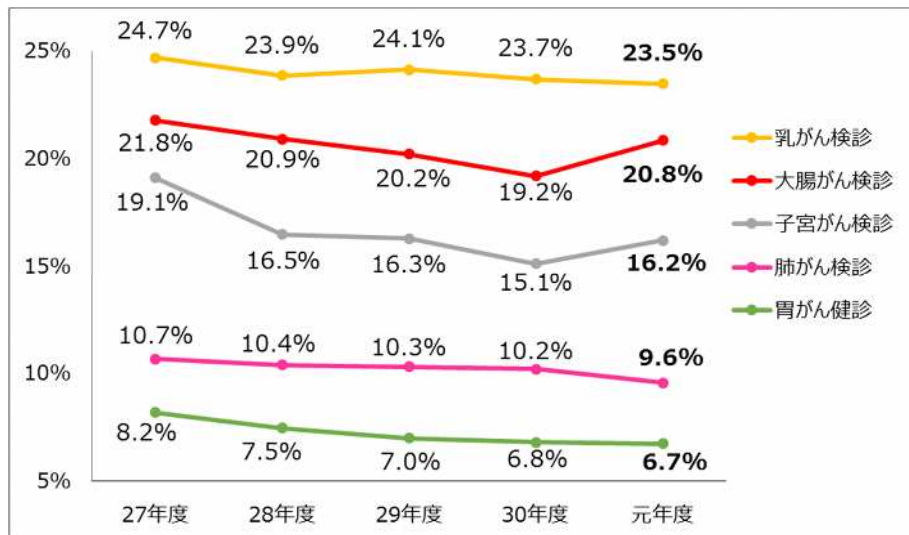


出典：「健康意識等に関するアンケート調査結果報告書 平成29年5月」

特定保健指導 性別・年代別レベル内訳（元年度）

年代 (歳)	動機付け支援						積極的支援					
	男性			女性			男性			女性		
	対象者 (人)	実施者 (人)	実施率	対象者 (人)	実施者 (人)	実施率	対象者 (人)	実施者 (人)	実施率	対象者 (人)	実施者 (人)	実施率
40～44	98	19	19.4%	46	6	13.0%	176	24	13.6%	29	7	24.1%
45～49	137	21	15.3%	88	14	15.9%	222	41	18.5%	48	5	10.4%
50～54	131	25	19.1%	86	15	17.4%	262	41	15.6%	57	5	8.8%
55～59	123	27	22.0%	96	18	18.8%	249	42	16.9%	79	11	13.9%
60～64	109	32	29.4%	118	32	27.1%	240	26	10.8%	91	18	19.8%
65～69	522	50	9.6%	320	43	13.4%						
70～74	756	43	5.7%	456	41	9.0%						
計	1,876	217	11.6%	1,210	169	14.0%	1,149	174	15.1%	304	46	15.1%

がん検診受診率の推移

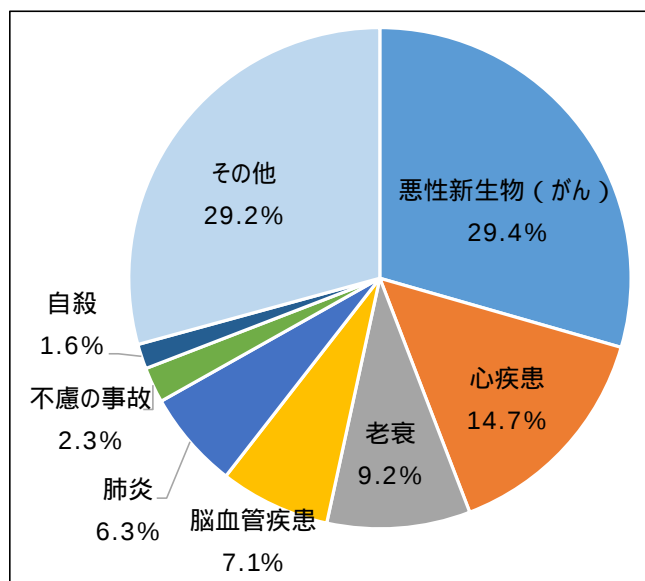


出典：健康推進課

胃がん 40歳以上の区民を対象に実施
 肺がん 40歳以上の区民を対象に実施
 大腸がん 40歳以上の区民を対象に実施
 乳がん 40歳以上で前年度未受診の女性に実施
 子宮がん 20歳以上で前年度未受診の女性に実施

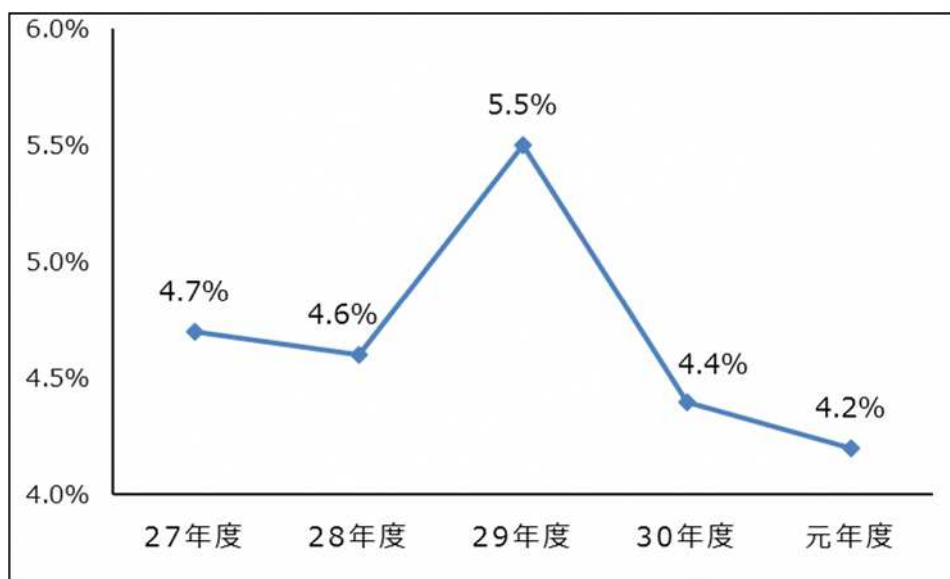
- 1 国の指針に基づく5つのがん検診を記載している。
- 2 対象者数は、受診対象年齢の人口（27年度は翌年度の4月1日現在、28年度からは当該年度の4月1日現在）に、都の「健康増進法に基づくがん検診の対象人口率等調査報告書」に基づく対象人口率を乗じて算出
- 3 受診率は、「東京都がん検診精度管理評価事業」の計算方法により算出（乳がん・子宮がん検診は、「（前年度の受診者数＋当該年度の受診者数－2年連続受診者数）／当該年度の対象者数×100」）

主な死因別死亡者数の割合（令和元年）



出典：「ねりまの保健衛生 令和2年版」

成人歯科健診受診率の推移



出典：健康推進課

事業名	実施目的	実施内容・方法
利用機会の拡充等による健診サービスの向上	区民のニーズを踏まえて、健診サービスの向上を図る。 特定保健指導は、支援期間の短縮に伴い、利用に対するハードルを下げる。	[1] 受診期間の拡大をベースに、土日や夜間に健診を実施する医療機関の情報提供、保育サービスの利用補助、健診へのICTの活用等について、関係機関との検討を継続する。 [2] 特定保健指導は、「利用しやすさ」、「実施率向上」、「事務効率化」の観点から、運用方法の抜本的な改善・見直しを行う。
事業スケジュール	前期 30年度 令和元年度 2年度	後期 3年度 4年度 5年度
[1]	実施・充実 引き続き健康部・関係機関等との体制の充実に向けて検討・協議を継続	実施・充実 引き続き健康部・関係機関等との体制の充実に向けて検討・協議を継続
[2]	実施・充実 引き続き健康部・関係機関等との体制の充実に向けて検討・協議を継続	実施・充実 引き続き健康部・関係機関等との体制の充実に向けて検討・協議を継続

【指標の達成状況および評価】

指標	当初目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況	指標 判定	事業 判定
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】 ()	4つ以上	—	7つ 【内訳】 30年度 3つ 元年度 4つ	a	—
健診に関する受診者の満足度・納得感 【アウトカム指標】 ()	満足・納得している人60%以上 (アンケート等により把握)	—	5年度アンケートにて把握	—	

- 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)は目標を達成していませんが、健診に関する受診者の満足度・納得感(アウトカム指標)は現時点で把握できないため、事業判定を「評価対象外」としました。
- ()の指標については最終評価に向けて見直しを行います。

【これまでの主な取組】

(1) 特定健康診査

- 練馬区健康診査・がん検診実施医療機関等一覧表に、医療機関ごとの健診実施曜日を掲載
- 健診受診時に保育サービスを提供(練馬区健康診査室にて受診する場合。事前予約制。)
- 1月に練馬区医師会医療健診センターにて健診を追加実施

(2) 特定保健指導

- 動機付け支援の実施期間を3か月に短縮
- 利用者に対して、保健指導実施機関と連携しインセンティブを提供

- 保健指導実施会場を拡充
- 民間委託事業者実施分において、ICT 活用によるオンライン保健指導を実施

【評価結果】

- 特定健診および特定保健指導の体制整備に向けて新たな試みを行いましたが、実施率はいずれも伸び悩んでおり、体制の改善への取組が特定健診未受診者および特定保健指導未利用者への利用喚起につながっていません。
- 特定健診実施率において、健診実施期間グループごとの実施率に差異がみられ、第1グループの実施率は他に比べ低くなっています。
- 区内町名別に特定健診実施率を分析した結果、平均年齢が低い地域は実施率も低い傾向があることが分かりました。一方で実施率と町内の医療機関数には相関関係は見られなかったため、地域差よりも年齢層が実施率に大きく影響していると考えられ、働く世代に向けた取組の強化が必要です。

【最終評価に向けた指標の見直し】

- アウトプット指標は令和元年度時点で達成したことから、アウトカム指標の目標達成に向けて更なる取組が必要であることから、目標数値の上方修正を行います。
- アウトカム指標を年次で評価可能なものに見直します。

➤ 見直し後の指標

指標	新目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況
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	—	7つ 【内訳】 30年度 3つ 元年度 4つ
特定健診実施率 特定保健指導実施率 【アウトカム指標】	・特定健診実施率 50% ・特定保健指導実施率 25%	・特定健診実施率 43.0% ・特定保健指導実施率 10.1%	・特定健診実施率 42.2% ・特定保健指導実施率 13.4%

【今後の取組】

(1) 健診の環境整備

- 健診時保育サービスの日数・実施場所の拡充を検討します。
- 健診受診者の15%を占める練馬区医師会健診センターの健診予約システムについて、練馬区医師会と協議し改善を進めていきます。
- 健診実施期間について、練馬区医師会と引き続き協議を行います。

(2) 特定保健指導の環境整備

- 特定保健指導を利用した生活習慣改善の必要性の啓発を図るために、特定保健指導対象者向けに健診結果説明会の開催を検討します。
- 医療機関で実施している保健指導についても、ICTを活用したオンライン面談の導入について検討します。

事業名	実施目的	実施内容・方法
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	被保険者に対するがん検診および成人歯科健診の個別受診勧奨を実施し、健康意識を高め、相乗効果により特定健診の実施率の向上を目指す。	【1】被保険者を対象として、特定健診と同時に受診可能ながん検診（肺がん検診・大腸がん検診）について、新たに、個別的な受診勧奨を実施する。 【2】成人歯科健診について、後期高齢者を対象とした歯科健診との検討と合わせ、個別的な受診勧奨を実施する。
事業スケジュール	前期 30年度 令和元年度 2年度	後期 3年度 4年度 5年度
[1]	実施	実施
	引き続き健康部と連携し、受診勧奨を実施する。	
[2]	実施	実施
	引き続き健康部と連携し、受診勧奨を実施する。	

【指標の達成状況および評価】

指標	当初目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況	指標 判定	事業 判定
個別・具体的な 勧奨の実施者数 【アウトプット指標】 ()	6,000 人	—	29,856 人 【内訳】 30年度 13,378 人 元年度 16,478 人	a	B
肺がん検診受診率 【アウトカム指標】	+5 ポイント	10.4%	9.6%	b	
大腸がん検診受診率 【アウトカム指標】	+5 ポイント	20.9%	20.8%	b	
成人歯科健診受診率 【アウトカム指標】	+5 ポイント	4.6%	4.2%	b	

- 個別・具体的な勧奨の実施者数（アウトプット指標）は目標を達成していますが、がん検診・成人歯科健診の受診率（アウトカム指標）にほぼ変化がないことから、事業判定を「B」としました。
- () の指標については最終評価に向けて見直しを行います。

【これまでの主な取組】

- (1) がん検診
 - 特定健診個別受診勧奨通知にて、肺がん検診・大腸がん検診を含めたがん検診について受診勧奨を実施
 - 練馬区健康診査・がん検診実施医療機関等一覧表にて肺がん検診・大腸がん検診の同時受診が可能な医療機関を案内

(2) 歯科健診

- 後期高齢者のうち76歳・80歳を対象とした「長寿すこやか歯科健診」を開始するとともに、成人歯科健診の対象者に35・55・65歳を追加し、歯科健診受診の機会を拡充
- 特定健診個別受診勧奨通知にて、対象年齢の者に対し成人歯科健診の受診についても勧奨を実施

【評価結果】

(1) がん検診

受診率は低調なまま推移しており、受診勧奨による効果は限定的です。しかし、依然として、がん（悪性新生物）は区民の主要死因割合の第一位となっており、全体の約3割を占めています(令和元年度)。こうしたことから、がん検診の受診率を向上させるためには、がんはリスク要因となる生活習慣や生活環境を改善することにより予防効果が期待できることや、早期発見により生存率は大幅に上昇することなど、がん予防に関する正しい知識の普及啓発が必要です。

(2) 成人歯科健診

がん検診同様、受診率は低調なまま推移しており、受診勧奨による効果は限定的です。歯周病は糖尿病のリスク要因でもあるため、歯と口の健康と全身の健康との関係について、一層の理解促進が必要です。

【最終評価に向けた指標の見直し】

- アウトプット指標は令和元年度時点で当初目標を達成しましたが、アウトカム目標の達成に向けて更なる取組が必要であることから、目標数値の上方修正を行います。

➤ 見直し後の指標

指標	新目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況
個別・具体的な 勧奨の実施者数 【アウトプット指標】	60,000人	—	29,856人 【内訳】 30年度 13,378人 元年度 16,478人

【今後の取組】

(1) がん検診・成人歯科健診の受診率向上

- 健康推進課と連携し、がん検診受診・成人歯科健診受診勧奨内容の改善に取り組んでいきます。
- 受けられるがん検診が一目でわかるように、現在の総合案内リーフレットから一人ひとりの対象検診に合わせた受診券に変更します。

(2) がん検診の環境整備

- 一日で複数の健診（検診）を受診できる体制作りを検討します。
- がん検診を予約しやすい体制整備に向けて練馬区医師会と引き続き協議を行います。

取組1

特定健診・特定保健指導の推進

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
対象	・特定健診の対象者：約9万人 ・特定保健指導の対象者：約5千人

現状（データの分析結果）

過去5年間の特定健診の受診履歴内訳（元年度）

状況	計		男性		女性	
	人数（人）	構成比	人数（人）	構成比	人数（人）	構成比
5回全て受診	21,150	38.7%	8,515	36.5%	12,635	40.3%
4回受診	4,843	8.9%	2,091	9.0%	2,752	8.8%
3回受診	7,043	12.9%	3,006	12.9%	4,037	12.9%
2回受診	8,776	16.0%	3,976	17.0%	4,800	15.3%
1回受診	12,880	23.6%	5,753	24.6%	7,127	22.7%
計	54,692	—	23,341	—	31,351	—
〔再掲〕 令和元年度初めて受診した者	4,411	8.1%	1,907	8.2%	2,504	8.0%

令和元年度末現在で、平成27年度～令和元年度全ての年度で特定健診の対象となった者のうち1回以上の受診履歴がある者（54,692人）を対象に集計

過去5年間全て受診している者の年齢階層内訳（元年度）

	45～49歳		50～54歳		55～59歳		60～64歳		65～69歳		70～74歳	
	人数（人）	構成比	人数（人）	構成比	人数（人）	構成比	人数（人）	構成比	人数（人）	構成比	人数（人）	構成比
5回全て受診	1,166	21.8%	1,487	26.0%	1,858	32.0%	2,269	33.6%	4,706	39.3%	9,664	50.7%

受診勧奨対象者種別の特定健診実施率

受診勧奨対象者種別	平成30年度 実施率	令和元年度 実施率	対前年度比
40歳到達者	22.8%	22.0%	▲0.8ポイント
不定期受診者	29.0%	32.0%	+3.0ポイント
若年層（45・50歳）未受診者	—	4.9%	—
血圧ハイリスク者	—	77.7%	—

特定健康診査 性別・年代別実施率

区分		28年度	29年度	30年度	元年度	28年度→元年度
男性	40～44歳	21.0%	22.0%	21.6%	21.9%	0.9
	45～49歳	25.5%	25.4%	25.1%	25.1%	▲ 0.4
	50～54歳	29.7%	29.5%	28.8%	28.3%	▲ 1.4
	55～59歳	32.2%	32.5%	32.2%	31.9%	▲ 0.3
	60～64歳	37.2%	37.3%	37.3%	36.8%	▲ 0.4
	65～69歳	43.5%	44.0%	42.4%	41.4%	▲ 2.1
	70～74歳	50.8%	50.0%	49.3%	49.2%	▲ 1.6
女性	40～44歳	28.7%	28.9%	28.9%	29.0%	0.3
	45～49歳	32.3%	31.7%	30.5%	32.0%	▲ 0.3
	50～54歳	36.7%	36.3%	34.9%	35.2%	▲ 1.5
	55～59歳	40.5%	42.6%	41.4%	42.5%	2.0
	60～64歳	47.8%	47.3%	46.3%	45.8%	▲ 2.0
	65～69歳	54.9%	54.5%	53.3%	51.7%	▲ 3.2
	70～74歳	61.6%	61.3%	59.1%	58.2%	▲ 3.4
全体		43.0%	43.3%	42.3%	42.2%	▲ 0.8
64歳以下		33.4%	33.6%	33.0%	33.2%	▲ 0.2
65歳以上		53.4%	53.4%	52.1%	51.4%	▲ 2.0

特定保健指導該当履歴による特定保健指導対象者数の比較（元年度）

	人数（人）			割合（％）		
	30年度	元年度	増減	30年度	元年度	増減
当該年度に初めて対象となった者	1,496	1,467	▲ 29	31.9%	32.3%	0.8
過去に対象となったことがある者	3,190	3,072	▲ 118	68.1%	67.7%	▲ 0.8
計	4,686	4,539	▲ 147	100.0%	100.0%	-

特定保健指導該当回数による実施率比較（元年度）

	全体			男性			女性		
	対象者 （人）	実施者 （人）	実施率	対象者 （人）	実施者 （人）	実施率	対象者 （人）	実施者 （人）	実施率
初回	1,467	256	17.5%	910	153	16.8%	557	103	18.5%
2回	939	100	10.6%	628	63	10.0%	311	37	11.9%
3回	748	88	11.8%	488	57	11.7%	260	31	11.9%
4回	693	78	11.3%	482	57	11.8%	211	21	10.0%
5回	692	84	12.1%	517	61	11.8%	175	23	13.1%
複数小計	3,072	350	11.4%	2,115	238	11.3%	957	112	11.7%
計	4,539	606	13.4%	3,025	391	12.9%	1,514	215	14.2%

事業名	実施目的	実施内容・方法
効果的な勧奨による「健診受診リピーター」の確保	対象者の特性等を踏まえ、個人ごとにカスタマイズした受診勧奨を行い、毎年継続受診する「健診リピーター」を効果的に増やす。	【1】年齢、性別、前回の健診結果等に基づいて複数のパターンに分けたり、過去の健診結果をグラフ化するなど、現行の特定健診受診勧奨を全面リニューアルする。 【2】健診結果票の改善・充実を行う。また、スマートフォン等を活用し、わかりやすく、詳しい情報提供を実施する。
事業スケジュール	前期 30年度 令和元年度 2年度	後期 3年度 4年度 5年度
[1]	実施 引き続き、受診勧奨通知の充実を図っていく。	実施
[2]	実施 健診結果票の改善・充実について、引き続き練馬区医師会と協議を行う。	協議 実施

【指標の達成状況および評価】

指標	当初目標値 [令和5年度]	ベースライン値 [平成28年度]	令和元年度 実施状況	指標 判定	事業 判定
個別・具体的な 勧奨の実施者数 【アウトプット指標】 ()	6,000 人	—	29,856 人 【内訳】 30年度 13,378 人 元年度 16,478 人	a	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%	38.7%	a	

- 個別・具体的な勧奨の実施者数（アウトプット指標）が目標達成しており、毎年継続して受診する人の割合（アウトカム指標）も目標達成率が96.8%となっているため、事業判定を「A」としました。
- () の指標については最終評価に向けて見直しを行います。

【これまでの主な取組】

- 対象者の特性および過去の健診結果に応じ、内容を全面リニューアルした受診勧奨通知を送付
- 特定健診の結果を入力し検査結果値が基準値を超えた場合に、生活習慣の改善点等個別のアドバイスを提供する機能を「ねりまちてくてくサブリ」（練馬健康管理アプリ）に装備

【評価結果】

- 不定期受診者は受診勧奨通知のリニューアル後、健診実施率が向上しており、全面リニューアルの効果を得ることができました。しかし、若年層の未受診者層に対して実施した受診勧奨の効果は低いため、通知内容の見直しなど新たなアプローチ方法を検討する必要があります。
- これまで受診勧奨通知の対象としていなかった60歳以上の健診実施率が低下しており、近年の実施率の伸び悩みの一因と考えられます。

【最終評価に向けた指標の見直し】

- アウトプット指標は令和元年度時点で当初目標を達成しましたが、アウトカム目標の達成に向けて更なる取組が必要であることから、目標数値の上方修正を行います。

➤ 見直し後の指標

指標	新目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況
個別・具体的な 勧奨の実施者数 【アウトプット指標】	60,000人	—	29,856人 【内訳】 30年度 13,378人 元年度 16,478人

【今後の取組】

(1) 受診勧奨の強化

- 特に健診実施率の低下がみられる60歳以上の女性に対して、新たに受診勧奨を実施します。
- 若年層未受診者の健診実施率向上のために、現在の受診勧奨に加え再受診勧奨通知を送付し、複数回のアプローチを行います。

(2) 分かりやすい健診結果の提供

- ねりまちてくてくサプリを活用した生活習慣病の予防と早期発見の大切さを発信し、健診（検診）受診を働きかけていきます。
- 健診結果票の改善について、次期特定健診見直しに合わせて練馬区医師会と協議を行います。

事業名	実施目的	実施内容・方法
個人の予防・健康づくりに対するインセンティブの活用	特定健診の受診や特定保健指導の利用等について、国のガイドラインに基づくインセンティブを付与し、行動変容を促す。	[1] ねりまちてくてくサブリ（練馬健康管理アプリ）の機能を活用して、「特定健診の受診」を要件としたキャンペーンを実施する。 [2] 特定保健指導により結果が改善した場合（成果型）など、様々な要件によるインセンティブを検討する。
事業スケジュール	前期 30年度 令和元年度 2年度	後期 3年度 4年度 5年度
[1]	協議・検討 キャンペーンは新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえて、実施を3年度以降に実施の再検討を行う。	検討 → 実施
[2]	実施 インセンティブの内容については、毎年度見直しを行う。	実施

【指標の達成状況および評価】

指標	当初目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況	指標 判定	事業 判定
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	—	1,485人 【内訳】 （特定保健指導） 30年度 879人 元年度 606人 （特定健診） 未実施	c	A
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】 46.4% 【特定健診】 未実施	a	

- アウトプット指標は特定健診のインセンティブ事業が未実施であるため、特定保健指導の実績のみで評価した結果、目標達成率が18.6%にとどまっていますが、アウトカム指標の目標達成率は令和元年度現在で77.3%となっているため、事業判定を「A」としました。

【これまでの主な取組】

- 特定保健指導利用者に対して、インセンティブ（血管年齢や体組成の測定、健康グッズの提供等）を付与

【評価結果】

- 平成 28 年度と比較し特定保健指導の実施率は向上しており、インセンティブの一定の効果が表れていると考えられます。しかし、特定保健指導は毎年対象となる者の割合が高く、また特定保健指導の対象となった回数が多い者の方が実施率が低くなる傾向があります。
- ねりまちてくてくサプリを利用したキャンペーンを実施するためには、アプリの機能改修や個人情報の管理が必要となるため、アプリを効果的に利用したキャンペーン実施方法を引き続き検討する必要があります。

【今後の取組】

- 特定保健指導については、毎年対象となる者であっても再び利用したいと思えるよう、実施機関と協議しインセンティブおよび保健指導の内容を充実させていきます。
- 特定健診の受診を要件としたキャンペーンの内容については、特定保健指導におけるインセンティブの効果を参考に、ねりまちてくてくサプリの機能活用方法を含めて、引き続き検討します。

取組1

特定健診・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
対象	・特定健診の対象者：約9万人 ・特定保健指導の対象者：約5千人

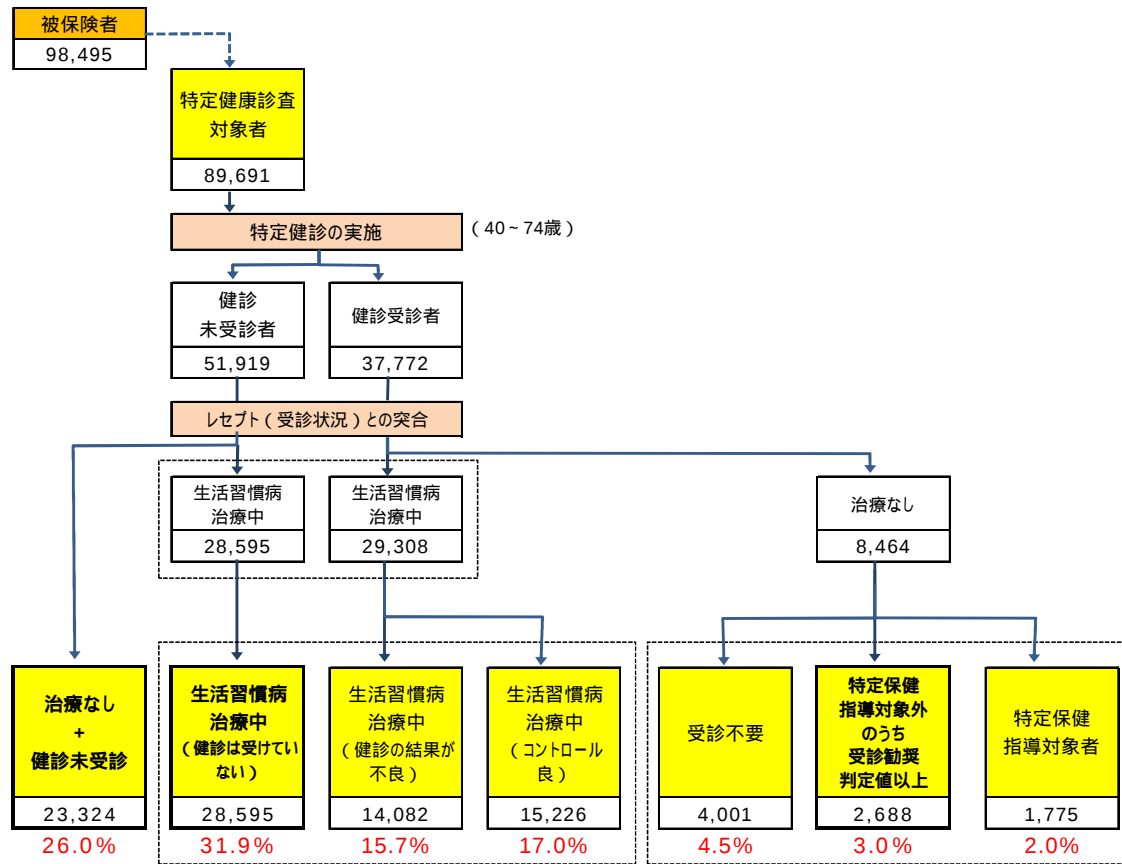
現状（データの分析結果）

特定健診対象者に占める生活習慣病治療中かつ健診未受診の者の割合と特定健診実施率推移の比較

区分		28年度	29年度	30年度	元年度	治療中かつ健診 未受診者割合 28年度→元年度 推移	健診実施率 28年度→元年度 推移
男性	40～44歳	22.0%	22.9%	22.5%	23.4%	1.4	0.9
	45～49歳	23.3%	23.6%	23.4%	24.4%	1.1	▲ 0.4
	50～54歳	26.5%	26.4%	26.9%	27.5%	1.0	▲ 1.4
	55～59歳	31.0%	30.5%	31.2%	31.5%	0.5	▲ 0.3
	60～64歳	33.6%	33.8%	33.3%	35.2%	1.6	▲ 0.4
	65～69歳	36.6%	36.4%	37.8%	38.6%	2.0	▲ 2.1
	70～74歳	36.8%	37.1%	37.5%	37.6%	0.8	▲ 1.6
女性	40～44歳	27.8%	27.7%	27.7%	28.8%	1.0	0.3
	45～49歳	29.2%	30.3%	30.6%	30.8%	1.6	▲ 0.3
	50～54歳	29.5%	30.7%	31.3%	32.2%	0.7	▲ 1.5
	55～59歳	30.9%	29.6%	31.0%	29.5%	▲ 1.0	2.0
	60～64歳	30.0%	30.5%	30.7%	31.6%	1.7	▲ 2.0
	65～69歳	28.9%	29.3%	30.2%	31.5%	2.5	▲ 3.2
	70～74歳	28.4%	28.3%	29.8%	30.5%	2.2	▲ 3.4

出典：KDB 帳票「糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導（様式5-5）」

特定健康診査対象者の内訳フロー図（元年度）



割合（％）は、特定健診の対象者に占める割合

出典：KDB 帳票「糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導（様式5-5）」

事業名	実施目的	実施内容・方法
働く世代に向けた新しいアプローチによる受診勧奨	働く世代に対して、文書を中心とした従来型の取組に加え、これまでとは異なるアプローチを検討・実施し、健康意識の向上を図り、健診の受診につなげる。	【1】ねりまちてくてくサブリ（練馬健康管理アプリ）を積極的に活用するなど、ICTを活用し、働く世代向けの趣旨普及や受診勧奨を推進する。 【2】「練馬区健康づくりサポートプラン」の改定にあたり、「働く世代応援プロジェクト」の見直しに参画する。
事業スケジュール	前期 30年度 令和元年度 2年度	後期 3年度 4年度 5年度
【1】	実施 ねりまちてくてくサブリを活用した受診勧奨を実施。後期も引き続き積極的に活用していく。	実施
【2】	参画 見直し 健康部・関係機関等と体制の充実に向けて検討・協議を継続	「取組1保健事業(1) 利用機会の拡充等による健診サービスの向上」に統合

【指標の達成状況および評価】

指標	当初目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況	指標 判定	事業 判定
40歳代・50歳代 特定健診実施率 【アウトプット指標】	40歳代 30% 50歳代 40%	40歳代 26.6% 50歳代 34.6%	40歳代 26.8% 50歳代 34.2%	b	—
40歳代・50歳代 健康意識（良好な食生活に取り組む割合） 【アウトカム指標】 （ ）	40歳代 50% 50歳代 60%	40歳代 38.0% 50歳代 52.9%	5年度アンケートにて把握	—	

- 40歳代・50歳代の健康意識（アウトカム指標）が現時点で判定できないため、事業判定を「評価対象外」としました。
- （ ）の指標については最終評価に向けて見直しを行います。

【これまでの主な取組】

- ねりまちてくてくサブリの通知機能を活用した、対象者の属性に応じた特定健診の受診勧奨
- 若い世代を対象とした特定健診受診勧奨通知を送付
- 「練馬区健康づくりサポートプラン」（健康部）の策定に参画し、働く世代へのアプローチについて協議

【評価結果】

- 「働く世代」に対しての効果的なアプローチは、「取組1 保健事業(1) 利用機会の拡充等による健診サービスの向上」において評価を行ったとおり、健診を受けやすい環境整備により、特定健診実施率向上を図っていくことがより効果的であると考えられます。このため、今後「取組1 保健事業(1) 利用機会の拡充等による健診サービスの向上」(P.50)の取組を強化し、働く世代の健康づくりをサポートしていきます。

【最終評価に向けた指標の見直し】

- アウトカム指標を年次で評価可能なものに見直します。

➤ 見直し後の指標

指標	新目標値 [令和5年度]	ベースライン値 [平成28年度]	令和元年度 実施状況
40歳代・50歳代 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% 50歳代 20.1%	40歳代 27.2% 50歳代 22.0%

【今後の取組】

(1) 健診の環境整備

- 健診時保育サービスの日数・実施場所の拡充を検討します。【再掲】
- 健診受診者の15%を占める練馬区医師会健診センターの健診予約システムについて、練馬区医師会と協議し改善を進めていきます。【再掲】
- 健診実施期間について、練馬区医師会と引き続き協議を行います。【再掲】

(2) 受診勧奨の強化

- 若年層未受診者の受診強化のため、現在の受診勧奨に加え再受診勧奨通知を送付し、複数回のアプローチを行います。【再掲】

事業名	実施目的	実施内容・方法
健診実施機関との連携による取組の検討	健診実施機関（かかりつけ医）と実施率向上の課題認識を共有しながら、かかりつけ医からの健診受診勧奨や、丁寧な健診結果説明により継続受診につなげる。	【1】かかりつけ医による特定健診、特定保健指導およびがん検診の啓発や勧奨等を行う。 【2】医療機関から検査データを取得し、特定健診結果とする仕組みの構築を検討する。
事業スケジュール	前期 30年度 令和元年度 2年度	後期 3年度 4年度 5年度
[1]	協議・検討 → 実施 健診実施医療機関と受診勧奨対策における連携強化を進める。	実施
[2]	協議・検討 → 健診実施医療機関と受診勧奨対策における連携強化を進める。	【1】の取組を強化していく。

【指標の達成状況および評価】

指標	当初目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況	指標 判定	事業 判定
健診以外の方法による 健診結果データ入手件数 【アウトプット指標】 ()	500件	5件	11件 【内訳】 30年度5件 元年度6件	C	—
「治療中」を理由とする 未受診者の割合 【アウトカム指標】 ()	減少	25.3%	5年度アンケート にて把握	—	

- 「治療中」を理由とする未受診者の割合（アウトカム指標）が現時点で判定できないため、事業判定を「評価対象外」としました。
- () の指標については最終評価に向けて見直しを行います。

【これまでの主な取組】

- 健診実施機関（かかりつけ医）から特定健診受診を促してもらうため、かかりつけ医用受診勧奨チラシを作成し配布
- 受診勧奨通知にて、通院中の健診の受診の大切さについて周知
- 人間ドック等の結果の提供について、受診勧奨通知および区報、区ホームページにて周知

【評価結果】

- 特定健診未受診者の状況を分析した結果、生活習慣病治療中で特定健診を受診していない者の割合が増えている世代で健診実施率が落ち込んでいることが分かりました。
- 特定健診は、生活習慣病治療中であっても生活習慣を意識し改善に取り組むきっかけとなることが期待されます。そのため、生活習慣病治療中であっても特定健診を受診し、検査結果を継続的に把握していくことが大切であることを周知していくとともに、かかりつけ医から本人への受診勧奨の取組強化が重要です。

【最終評価に向けた指標の見直し】

- アウトプット指標を令和5年度までに実現可能である内容に見直します。
- アウトカム指標を年次で評価可能なものに見直します。

➤ 見直し後の指標

指標	新目標値 [令和5年度]	ベースライン値 [平成28年度]	令和元年度 実施状況
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	—	1件
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%	31.9%

【今後の取組】

- 練馬区医師会と連携し、かかりつけ医からのより効果的な受診勧奨の方法を検討します。
- 対象者へは、様々な広報媒体等を活用し通院中の特定健診受診の大切さについて周知を図ります。

取組2 糖尿病対策の強化

現状

(平成 28 年度)

- 糖尿病は、高血圧症や脂質異常症に比べて、一人あたりの医療費が2倍以上高く、患者数の割合も増加している。
- 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、他の保険者と比べ高い。
- 糖尿病連携手帳の活用が進んでいない。また、糖尿病性網膜症や糖尿病性神経障害の患者数が減少していない。

課題

- 糖尿病の発症予防（患者数の抑制）を図るための対策を実施すること
- 糖尿病患者が、糖尿病の合併症リスクを正しく認識し、治療に取り組むこと
- 糖尿病の治療に従事する関係者や関係機関が、広く連携した取組を実施すること

事業実施

(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

糖尿病リスクがある者に向けた健康教育の徹底
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

(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

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
糖尿病治療中の者に対する個別支援（保健指導）の充実

(3) 糖尿病対策の連携・協力体制の整備を目指します

糖尿病の医療連携体制の強化
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

目指す状態

- 国保加入者は、糖尿病に関するヘルスリテラシーが高く、自身の血糖値に関心を持ち、予防に取り組んでいる
- 糖尿病患者は、適切な治療と生活習慣の改善により、合併症の発症や重症化を予防している

(1) 取組全体の評価

糖尿病重症化予防事業において早期の段階から医療機関未受診者への受診勧奨や糖尿病治療中の者への個別支援を実施し、国保加入者に占める糖尿病患者、糖尿病合併症患者の割合はほぼ横ばいに、糖尿病を起因とする人工透析患者数の増加も抑制されています。

糖尿病患者への支援には専門知識が求められるため、健康部の医療専門職、区内糖尿病専門医、三師会等との連携を維持し、今後も事業の充実を図っていきます。

併せて、国保加入者に糖尿病についての理解を深めてもらうため、糖尿病予防に関する意識啓発を行うとともに、糖尿病患者に対する重症化予防の支援を継続していきます。

(2) 取組におけるストラクチャー評価およびプロセス評価

評価区分	評価内容	評価
ストラクチャー評価	糖尿病対策について、庁内および関係機関との連携体制が構築されているか	「成人保健事業検討部会」にて庁内連携を図っている。また、三師会とは練馬区糖尿病医療連携検討専門部会により連携を図っている。
プロセス評価	糖尿病重症化予防事業の支援プログラムについて、質を向上し、業務標準化を進め、スケジュールに沿った実施をしているか	国および都の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に準拠した支援を実施している。

(3) 各個別事業評価結果一覧

保健事業	個別事業	評価結果・課題	主な見直し内容
(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	糖尿病リスクがある者に向けた健康教育の徹底	講座の実施形式や働く世代が参加しやすいよう開催曜日を見直したことにより、参加者の大幅増につながっている。	参加しやすい講座となるよう、体験型講座や土日の開催の拡充等、実施形態を検討する。
	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	被保険者に占める患者の割合は、いずれもほぼ横ばいで複数のリスクを重複して持つ者も多いことから、更なる啓発の推進が必要である。	高血糖、高血圧、脂質異常いずれも動脈硬化のリスク要因となることから、生活習慣病予防と定期的な健診受診の重要性の啓発について充実を図っていく。
(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	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	医療機関未受診者は受診勧奨しても受診を拒否する者も少なく、医療機関につなげることに限界がある。	医療機関受診勧奨を行っても未受診である者のうち、支援が必要な者に対しては保健相談所の健康相談等の窓口を紹介する。
	糖尿病治療中の者に対する個別支援(保健指導)の充実	支援終了後も生活習慣の改善策を継続的に実践している者が多いことが、支援後の健診結果の改善につながっていると考えられる。	参加者が支援終了後も引き続き生活習慣改善に取り組むことができるよう、実施プログラムの充実を図っていく。
(3) 糖尿病対策の連携・協力体制の整備を目指します	糖尿病の医療連携体制の強化	関係機関との情報共有を図り、区内糖尿病専門医の協力のもと糖尿病予防区民向け講座の開催など連携体制を構築している。	引き続き、関係団体と連携し、糖尿病重症化予防事業の充実を図っていく。
	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	新規透析患者の動向をみると、国保加入時にはすでに腎機能悪化に至っているケースが少なくない。引き続き協会けんぽと糖尿病重症化予防対策について情報共有を図っていく。	協会けんぽとの連携の一環として検討していたデータ分析については、令和3年度から実施される保険者間の特定健診データの引継ぎの仕組みを活用していく。

【糖尿病重症化予防啓発リーフレット】

自覚症状がないうちから予防と改善を！

ご存知ですか？ 糖尿病の危険性

① 血糖値が高いけど、年齢的にも仕方ないよね…

② 高血糖を軽くみていると大変なことになりますよ！

③ 高血糖の状態が続くと血管が傷つき、動脈硬化が進みさまざまな合併症を発生するリスクが高まります。

④ 糖尿病の悪化
動脈硬化、神経障害、網膜症、腎臓病、脳梗塞、心筋梗塞、失明、透析

⑤ 自覚症状がなくても早めの生活習慣改善が大切！このリーフレットを参考にしてください。

糖尿病の初期段階では、自覚症状がない場合も少なくありません。血糖が高めの方は、医師の診察を受け、生活習慣を見直しましょう。

練馬区国保年金課

「続ける」だけでは、改善しません。血糖値が下がらないままでは、糖尿病は悪化します。また、健診結果や検査方法によって基準値が若干異なる場合があります。

「生活習慣の改善」が血糖値を下げる鍵です。

【血管が傷つくことによって起こる糖尿病の合併症】

脳梗塞
脳の血管が詰まり、脳細胞が死んでしまう病気です。死を免れたとしても、半身不遂など、重い障害が残ることも少なくありません。

糖尿病性腎症
目の細小血管に異常が生じ、血液濾過機能を失うことで、尿中に糖やたんぱく質が漏れ出すようになります。重症化すると人工透析が必要となります。

糖尿病性動脈硬化症
脚への血流が十分になることで起こる病気です。一定距離を歩くと脚（主にふくらはぎ）が痛くなり、少し休むとまた歩けるようになる「間欠性跛行」が特徴的な症状です。進行すると足の先が壊死することもあります。

糖尿病性網膜症
目の細小血管に異常が生じ、眼底出血を起こすことで、網膜剥離などに至る病気です。失明することもあり、糖尿病性網膜症は失明原因の約2割を占めています。

糖尿病
糖尿病は、歯を失うだけでなく、糖尿病や心臓病を悪化させるリスクをともなう病気です。

心筋梗塞
心臓の血管が動脈硬化を起こし、血が詰まって血流が止まると、心臓が壊れます。

糖尿病性神経障害・痛風
神経に異常が生じ、痛みなどに対する感覚が鈍くなります。さらに、免疫も低下し、ちょっとした傷でも重傷化しやすく、壊疽（細胞が死んで腐った状態）が起こることがあります。切迫に至ることも少なくありません。

知っていますか？ 練馬区の糖尿病の実態

糖尿病・糖尿病予備群の性別・年齢別割合
(令和元年度練馬区特定健診結果より)

年齢	性別	割合 (%)
40代	男性	11.9
	女性	11.6
50代	男性	28.9
	女性	20.7
60代	男性	43.3
	女性	32.9
70代	男性	51.9
	女性	41.9

令和元年度練馬区特定健診受診者のうち、約3人に1人が糖尿病もしくは糖尿病予備群となっています。その割合は年代が上がるにつれて急激に増加しています。

健診結果からつぎのことが分かりました

平成20年から26年に練馬区国民健康保険特定健康診査を受診した64,340名について、健診データを分析した結果、糖尿病を発症しやすいいくつかの要因が分かりました（分析：公益財団法人東京都医療保健協会練馬総合病院）。

△当てはまる方はご注意ください△

- 降圧剤治療を必要とする高血圧の方
- 脳卒中の既往歴がある方
- 週3回以上朝食を抜いている方
- 習慣的に喫煙をしている方など

糖尿病は、生活習慣の見直しで予防・改善ができる病気です

糖尿病は、一度なってしまうと一生付き合っていくかなくてはならない病気ですが、上手に血糖値をコントロールすることで、健康な人と変わらない生活を送ることができます。

左記に当てはまった方も、そうでない方も、自分に合った方法で、良い生活習慣を継続させることが大切です。

練馬区では、糖尿病治療中の方でヘモグロビンA1cの値が高い方を対象に、専門職（保健師、管理栄養士）が一ひとりのライフスタイルに合った食生活・運動等のアドバイスを行っています。案内が書いた方はぜひご参加ください。

毎年、年に1回健診を受診して
自身の健康をチェックしてください。

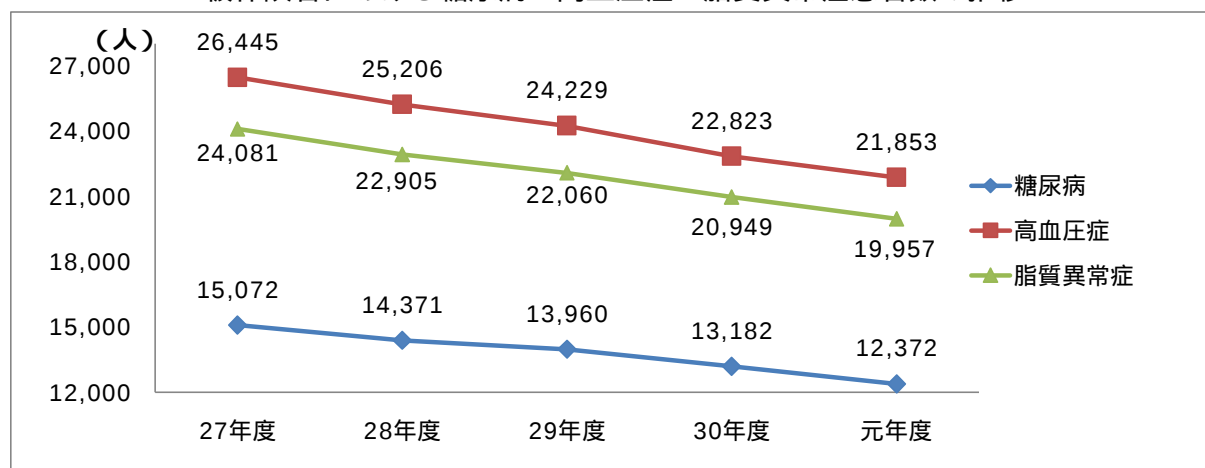
区内医療機関による練馬区特定健診結果の分析に基づき、糖尿病重症化予防の啓発リーフレットを作成しました。

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
対象	・特定健診の対象者（約9万人） ・健診結果で、「血圧・血糖・脂質」のいずれかが受診勧奨判定値以上の者（約1万人）

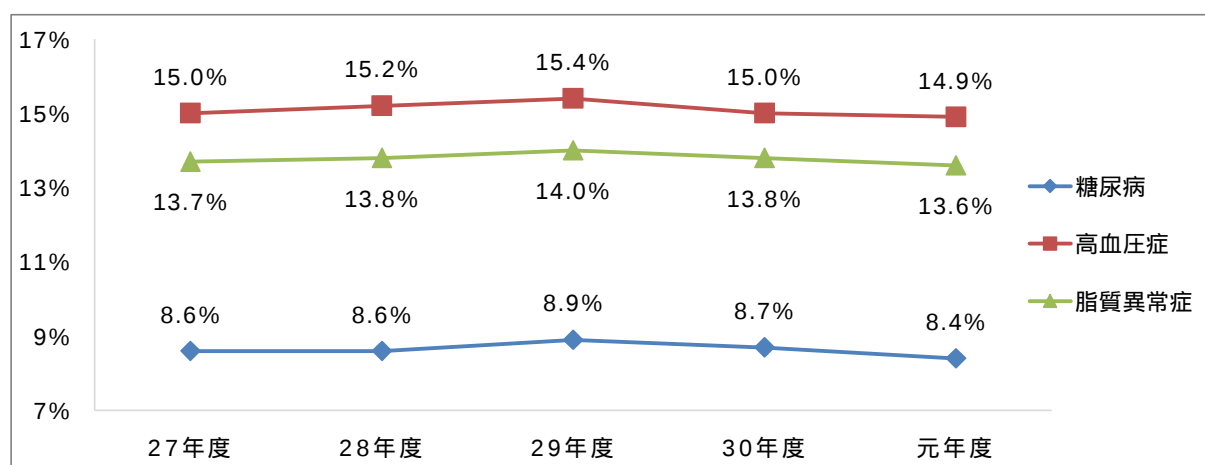
現状（データの分析結果）

被保険者における糖尿病・高血圧症・脂質異常症患者数の推移



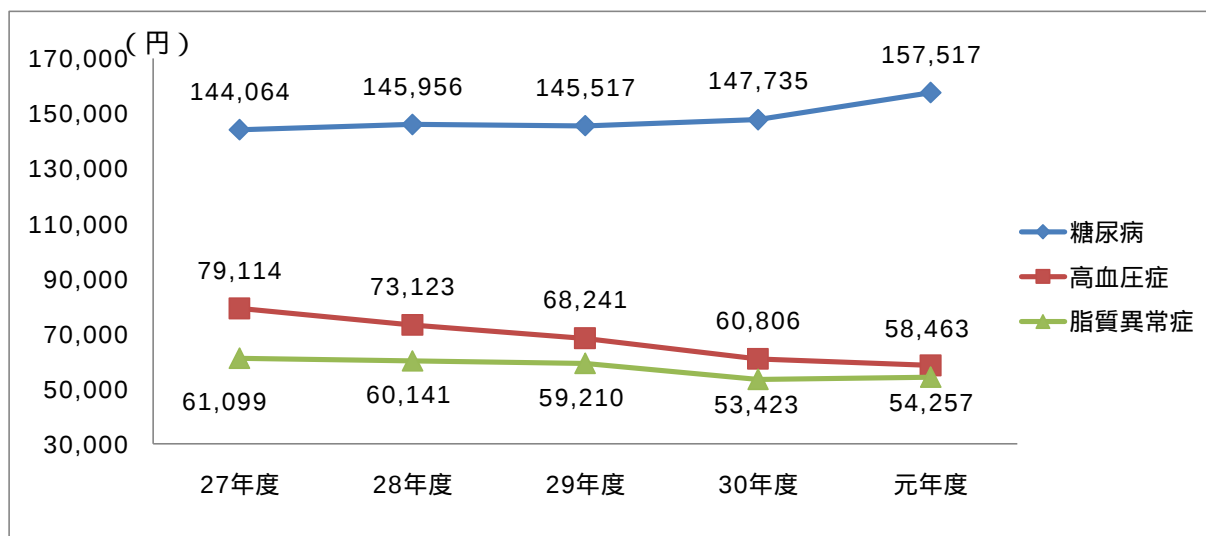
出典：KDB 帳票「糖尿病・高血圧症・脂質異常症のレセプト分析（厚労省様式 3-2・3・4）」

被保険者に占める糖尿病・高血圧症・脂質異常症患者の割合の推移



出典：KDB 帳票「糖尿病・高血圧症・脂質異常症のレセプト分析（厚労省様式 3-2・3・4）」

糖尿病・高血圧症・脂質異常症の一人当たり医療費の推移



出典：KDB 帳票「疾病別医療費分析（生活習慣病）、
糖尿病・高血圧症・脂質異常症のレセプト分析（厚労省様式 3-2・3・4）」

患者千人当たり生活習慣病患者数の比較（元年度）

	区	都	同規模	全国
糖尿病	195.7 人	194.7 人	216.7 人	224.9 人
高血圧症	341.6 人	339.8 人	391.1 人	411.5 人
脂質異常症	314.2 人	310.5 人	346.9 人	360.0 人

出典：KDB 帳票「糖尿病・高血圧症・脂質異常症のレセプト分析（厚労省様式 3-2・3・4）」

糖尿病患者のその他の生活習慣病の罹患割合（元年度）

脂質異常症	高血圧症	高尿酸血症	虚血性心疾患	脳血管疾患
69.8%	69.3%	18.9%	18.8%	16.1%

出典：KDB 帳票「糖尿病のレセプト分析（厚労省様式 3-2）」

特定健診受診者における検査結果値の状況（元年度）

【受診勧奨判定値（ 1 ）を超えた者の状況】

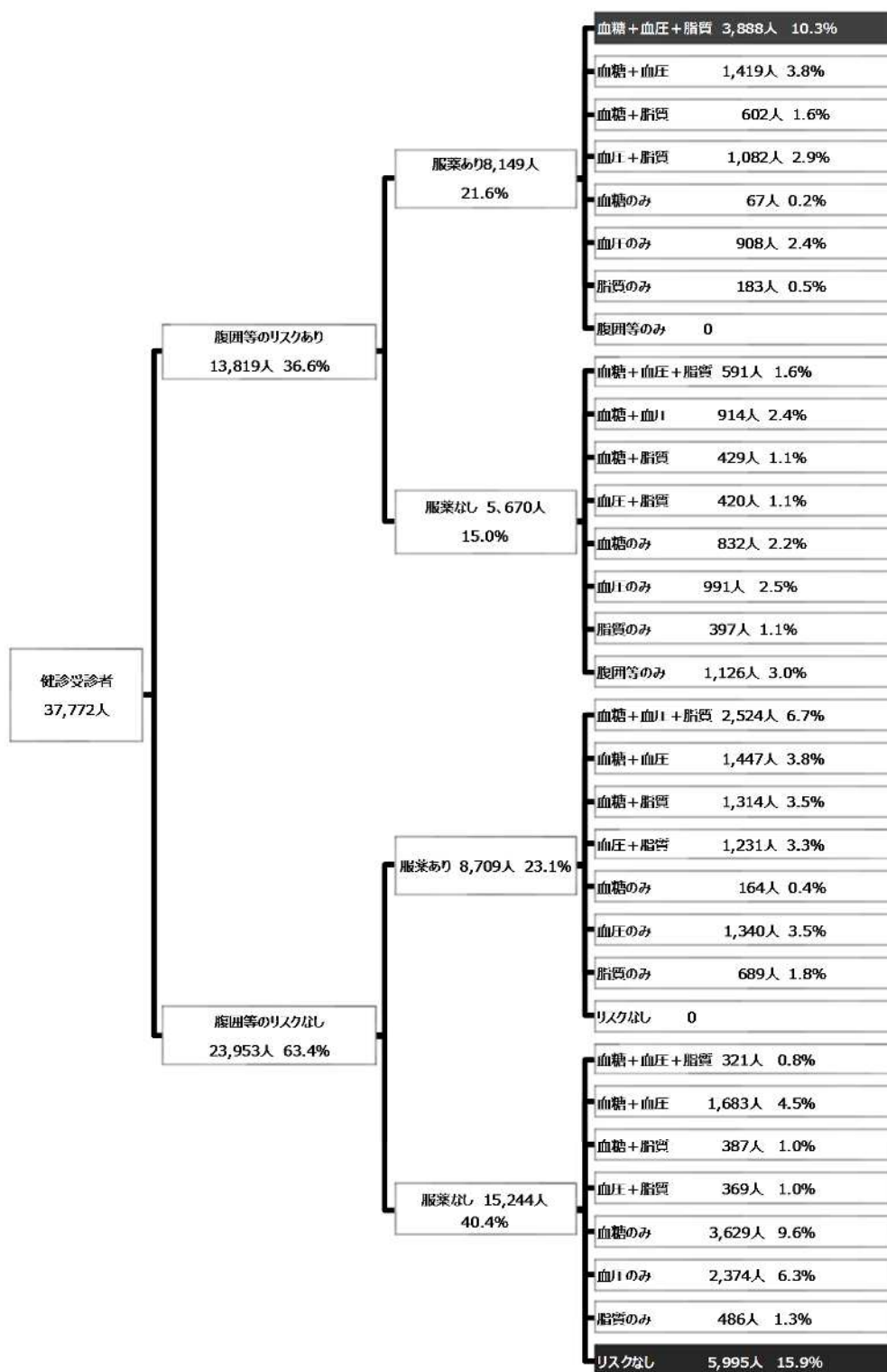
対象区分	受診者数 (人)	血圧		脂質		血糖	
		人数(人)	出現率	人数(人)	出現率	人数(人)	出現率
特定保健指導	4,539	1,612	35.5%	2,034	44.8%	284	6.3%
服薬による情報提供	8,145	2,410	29.6%	1,711	21.0%	1,657	20.3%
情報提供	25,051	4,186	16.7%	6,517	26.0%	1,139	4.5%
計（全体）	37,735	8,208	21.8%	10,262	27.2%	3,080	8.2%
（40歳代再掲）	4,421	503	11.4%	1,013	22.9%	122	2.8%

【要医療判定値（ 2 ）を超えた者の状況】

対象区分	受診者数 (人)	血圧		脂質		血糖	
		人数(人)	出現率	人数(人)	出現率	人数(人)	出現率
特定保健指導	4,539	454	10.0%	340	7.5%	150	3.3%
服薬による情報提供	8,145	438	5.4%	198	2.4%	914	11.2%
情報提供	25,051	839	3.3%	828	3.3%	512	2.0%
計（全体）	37,735	1,731	4.6%	1,366	3.6%	1,576	4.2%
（40歳代再掲）	4,421	147	3.3%	170	3.8%	85	1.9%

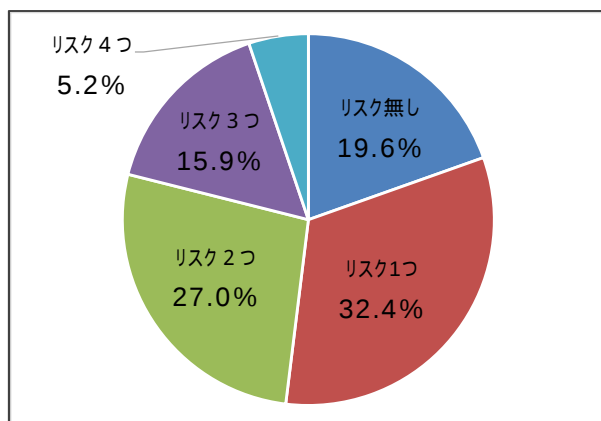
	受診勧奨判定値（ 1 ）	要医療判定値（ 2 ）
血圧	収縮期 140mmHg 以上 または 拡張期 90mmHg 以上	収縮期 160 mmHg 以上 または 拡張期 100mmHg 以上
脂質	中性脂肪 300mg/dl 以上 または HDL35mg/dl 未満 または LDL140mg/dl 以上	中性脂肪 500mg/dl 以上 または LDL180mg/dl 以上
血糖	HbA1c6.5%以上	HbA1c7.0%以上

特定健診受診者における生活習慣病リスク保有状況（元年度）

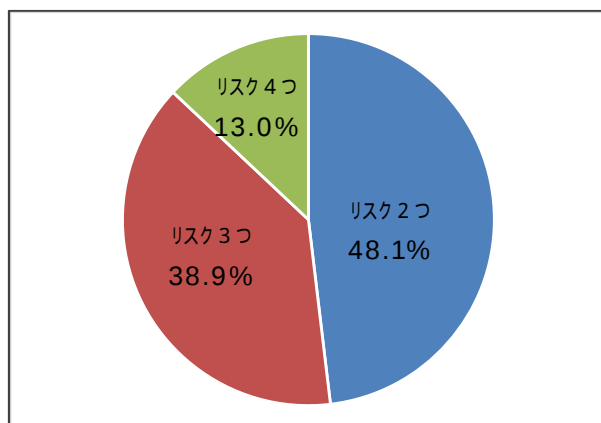


出典：KDB 帳票「健診ツリー図」

特定健診受診者全体のリスク保有状況（元年度）

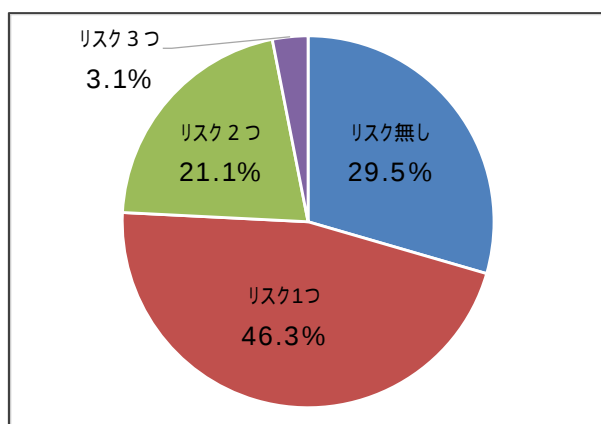


特定保健指導対象者のリスク保有状況（元年度）



*特定保健指導対象者は、肥満の他に血糖、血圧、脂質のいずれかのリスクを1つ以上保有しているため、「リスク無し」または「リスク1つ」の該当者はいない。

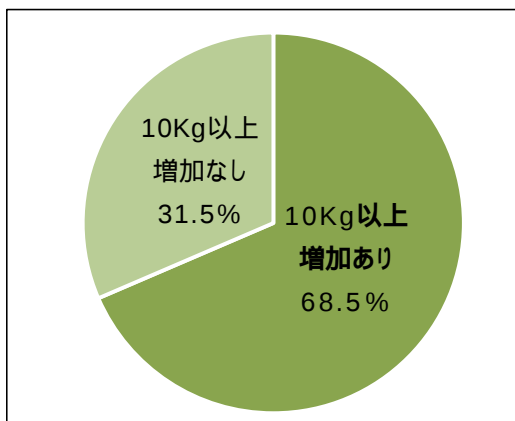
情報提供者（特定保健指導の対象となっていない者）のリスク保有状況（元年度）



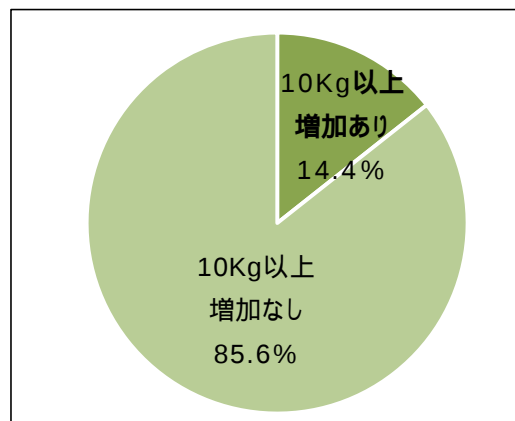
*情報提供者は、肥満のリスクを保有していないため、リスク数は最大3つ（血糖・血圧・脂質）までとなる。

特定健診の質問票における 20 歳時体重から 10 kg 以上増加した者と
生活習慣病リスクとの相関（元年度）

【生活習慣病のリスクが高い者】
（特定保健指導対象者および服薬による
情報提供者）



【生活習慣病のリスクが低い者】
（情報提供者）



生活習慣病のリスクが高い者

動機付け支援(人)	3,086
積極的支援(人)	1,453
服薬による情報提供(人)	8,145
問診票未回答(人)	▲ 1
計	12,683

生活習慣病のリスクが低い者

情報提供(人)	25,051
問診票未回答(人)	▲ 4
計	25,047

事業名	実施目的	実施内容・方法
糖尿病リスクがある者に向けた健康教育の徹底	糖尿病のリスクが低い段階での健康教育を徹底し、正しい糖尿病の知識や合併症を予防するための生活習慣を身に付ける。	【1】 特定健診受診者に対する各保健相談所の糖尿病予防講座の利用を積極的に勧奨し、受講後の成果把握やフォローアップを行う。
		【2】 働く世代が参加しやすい日程、関心・興味を引く内容等の講座や教室を検討する。
事業スケジュール	前期	
	30年度	令和元年度 2年度
	後期	
	3年度	4年度 5年度
【1】	実施	
	毎年度ごとに、事業実施、評価や見直しは健康部と連携し行う。	
【2】	実施	
	毎年度ごとに、事業実施、評価や見直しは健康部と連携し行う。	

【指標の達成状況および評価】

指標	当初目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況	指標 判定	事業 判定
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500人	17人	53人	c	A
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%	75% (30年度参加者)	a	

- 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)は令和元年度時点で目標達成率は約10%ですが、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)の目標達成率が約94%となっているため、事業判定を「A」としました。
- ()の指標については最終評価に向けて見直しを行います。

【これまでの主な取組】

- 糖尿病リスクが初期段階である者に対して、各保健相談所の糖尿病予防教室の参加を周知
- 働く世代が参加しやすい日程、関心・興味を引く内容になるよう土曜日に昼食を各自持参し、食前と食後の血糖値を測定して血糖値の上がり下がりを実感してもらう体験型の講座を実施(健康部)

- 糖尿病予防教室受講後の成果把握やフォローアップのため、参加者に対して翌年度の特定健診の受診勧奨を実施

【評価結果】

- 講座の実施形式や働く世代が参加しやすいよう開催曜日を見直したことにより、参加者の大幅増につながりました。
- 講座参加翌年度の血糖の値が改善した者の割合は高くなっており、講座を契機に参加者の生活習慣への意識が変化した結果と考えられます。
- 生活習慣の改善のきっかけとなるような講座を開催し、今後もより多くの方に講座を受講してもらうため、健康部との連携が重要です。

【最終評価に向けた指標の見直し】

- 新型コロナウイルス感染症の影響により、令和2年度は講座の開催を中止したため、アウトプット指標の数値を修正します。

➤ 見直し後の指標

指標	新目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況
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	53人

【今後の取組】

- 体験型講座や土日の開催回数を増やす等、健康部と連携し実施形態を検討します。
- 受講後の成果把握やフォローアップのため、講座参加者への特定健診受診勧奨を実施します。

事業名	実施目的	実施内容・方法
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	被保険者全体に向けて、「動脈硬化リスク（高血糖、高血圧、脂質異常）」に関する啓発を行い、理解を深め、予防意識の高揚を図る。	【1】動脈硬化リスク（高血糖、高血圧、脂質異常）に着目したキャッチコピーの考案やキャンペーン等を検討し、被保険者向けに積極的な広報を実施する。
事業スケジュール	前期	
	30年度	令和元年度 2年度
[1]	後期	
	3年度	4年度 5年度
	実施	
	毎年度ごとに、事業実施、評価や見直しは健康部と連携し行う。	

【指標の達成状況および評価】

指標	当初目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況	指標 判定	事業 判定
糖尿病患者の割合 【アウトプット指標】 ()	増加を抑制	8.6%	8.4%	a	—
糖尿病のリスク等に対する認知度 (アンケートにより把握) 【アウトカム指標】 ()	理解している人 60%以上	—	5年度アンケートにて把握	—	

- 糖尿病患者の割合（アウトカム指標）は、増加を抑制できているため目標を達成していますが、糖尿病のリスク等に対する認知度（アウトプット指標）は令和元年度時点で把握できないため、事業判定を「評価対象外」としました。
- () の指標については最終評価に向けて見直しを行います。

【事業実績】

- 「特定健診のお知らせ」、「国保のしおり」、区ホームページを通じて、生活習慣病予防に関する啓発を実施
- 区内糖尿病専門医と健康部との連携のもと、区民向け糖尿病予防講座を開催し、糖尿病重症化予防に関する啓発を実施
- 高血圧リスクの高い者に対し、個別の特定健診受診勧奨通知により、高血圧リスクの啓発と定期的な特定健診受診の重要性等について啓発を実施
- 区特定健診結果を区内医療機関が分析した結果に基づき、糖尿病を中心とした生活習慣病予防啓発リーフレットを作成

【評価結果】

- 被保険者に占める糖尿病、高血圧症、脂質異常症の患者の割合は、いずれもほぼ横ばいとなっています。また、糖尿病、高血圧症、脂質異常症は医療費全体に占める割合の高い疾病となっています。
- 特定健診の結果において要医療判定値を超えている者が少なくありません。
- 複数のリスクを重複して持つ者の割合は高くなっています。高血糖、高血圧、脂質異常はいずれも動脈硬化のリスク要因となることから、生活習慣病予防と定期的な健診受診の重要性の啓発について引き続き充実を図る必要があります。

【最終評価に向けた指標の見直し】

- アウトプット指標・アウトカム指標をそれぞれ年次で評価可能なものに見直します。

➤ 見直し後の指標

指標	新目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況
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
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% 【高血圧症】 15.2% 【脂質異常症】 13.8%	【糖尿病】 8.4% 【高血圧症】 14.9% 【脂質異常症】 13.6%

【今後の取組】

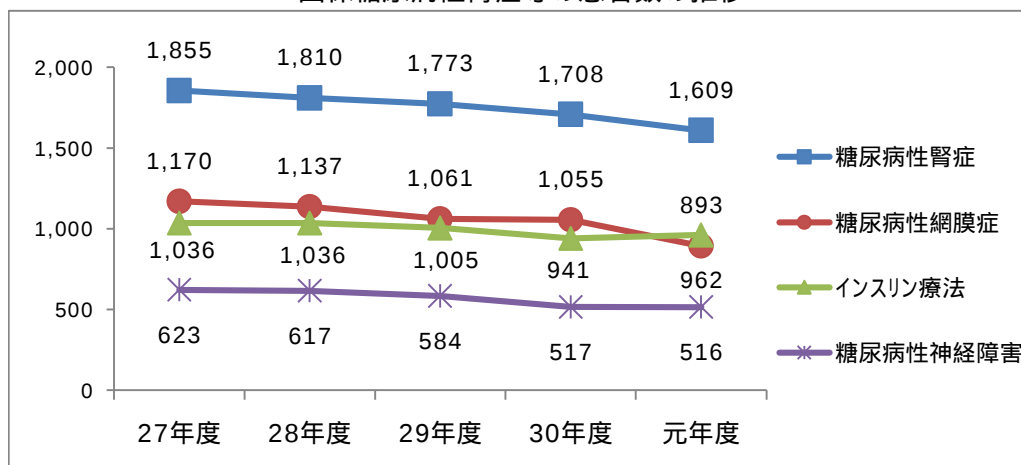
- 糖尿病専門医や健康部専門職と連携を図り、糖尿病予防の啓発に引き続き取り組んでいきます。
- 高血圧症、脂質異常症についても啓発を充実させ、脂質異常症のハイリスク者に対しても個別通知の発送を検討します。

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
対象	・特定健診受診者のうち、糖尿病の重症化リスクがあるが治療を受けていないと思われる者（約150人） ・糖尿病で治療中の者（約1万2千人）

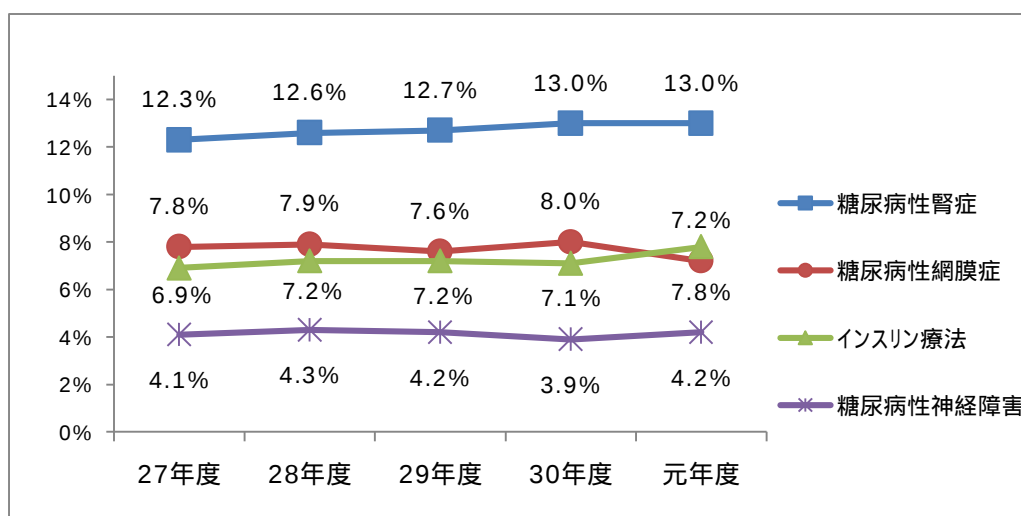
現状（データの分析結果）

国保糖尿病性腎症等の患者数の推移



出典：KDB 帳票「糖尿病のレセプト分析（厚労省様式 3-2）」

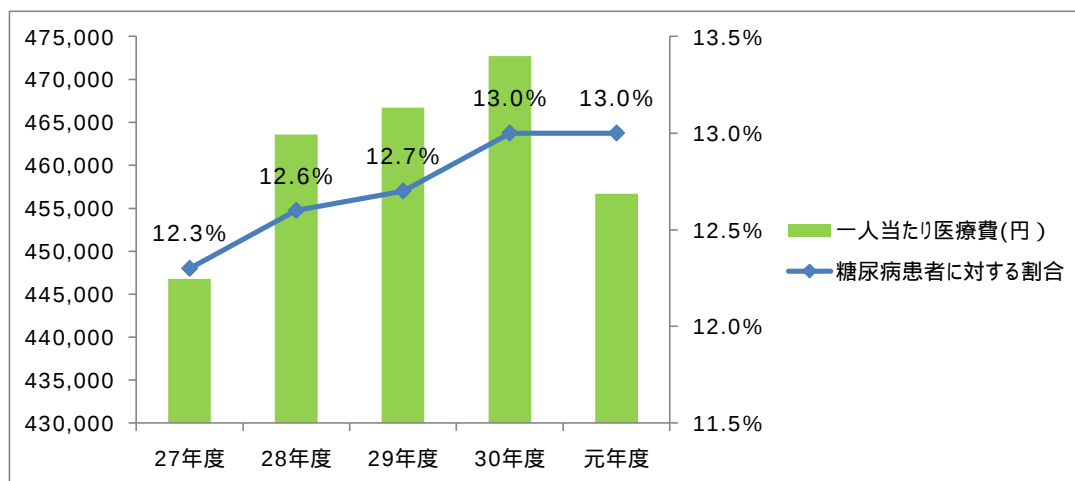
国保糖尿病患者に占める糖尿病性腎症等患者の割合の推移



出典：KDB 帳票「糖尿病のレセプト分析（厚労省様式 3-2）」

糖尿病性腎症の患者数・一人当たり医療費の推移

年度	患者数(人) (1)	糖尿病患者に対する割合 (2)	一人当たり医療費(円) (3)
27年度	1,855	12.3%	446,790
28年度	1,810	12.6%	463,611
29年度	1,773	12.7%	466,722
30年度	1,708	13.0%	472,712
元年度	1,609	13.0%	456,711



出典： 1、 2 KDB 帳票「糖尿病のレセプト分析（厚労省様式 3-2）」
3 sucoyaca 統計分析帳票

患者千人当たり糖尿病性腎症患者数の比較（元年度）

区	都	同規模	全国
26.0 人	23.7 人	21.7 人	20.6 人

出典：KDB 帳票「糖尿病のレセプト分析（厚労省様式 3-2）」

特定健診受診者の HbA1c の分布状況（元年度）

HbA1c (%)	定義	該当者数(人)	構成比
～ <u>5.5</u>	基準範囲	17,572	46.6%
<u>5.6</u> ～ 5.9	5.6：保健指導判定値	12,762	33.8%
<u>6.0</u> ～ 6.4	6.0：血糖正常化を目指す際の目標	4,320	11.4%
<u>6.5</u> ～ 6.9	6.5：受診勧奨判定値	1,504	4.0%
<u>7.0</u> ～ 7.9	7.0：合併症予防のための目標	1,149	3.0%
<u>8.0</u> ～	8.0：治療強化が困難な際の目標	427	1.1%
	(内) 10.0 以上	(82)	(0.2%)

特定健診受診者の腎機能（CKD ステージ）のステージ分析（元年度）

			尿たんぱく区分			
			正常	軽度たんぱく尿	高度たんぱく尿	
e-GFR () 区分			陰性 (-)	疑陽性 (±)	陽性 (+ 以上)	
腎機能	基準値		A1	A2	A3	
正常または高値	90	G1	G1A1 2,351人 (6.2%)	G1A2 243人 (0.6%)	G1A3 108人 (0.3%)	2,702人
正常または軽度低下	60～89	G2	G2A1 23,512人 (62.4%)	G2A2 2,265人 (6.0%)	G2A3 1,072人 (2.8%)	26,849人
軽度～中等度低下	45～59	G3a	G3aA1 6,021人 (16.0%)	G3aA2 788人 (2.1%)	G3aA3 495人 (1.3%)	7,304人
中等度～高度低下	30～44	G3b	G3bA1 435人 (1.2%)	G3bA2 89人 (0.2%)	G3bA3 166人 (0.4%)	690人
高度低下	15～29	G4	G4A1 21人 (0.06%)	G4A2 6人 (0.02%)	G4A3 43人 (0.11%)	70人
末期腎不全	< 15	G5	G5A1 6人 (0.016%)	G5A2 3人 (0.01%)	G5A3 25人 (0.07%)	34人
計			32,346人	3,394人	1,909人	37,649人

e-GFR の推計

- ・男性 eGFR (ml/分/1.73 m²) = $194 \times \text{Cr}^{-1.094} \times \text{年齢}^{-0.287}$
- ・女性 eGFR (ml/分/1.73 m²) = $194 \times \text{Cr}^{-1.094} \times \text{年齢}^{-0.287} \times 0.739$

特定健診受診者の腎機能のステージ分類における年齢階層別の状況（元年度）

区分	40～44歳		45～49歳		50～54歳		55～59歳		60～64歳		65～69歳		70～74歳		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	389	21.1%	364	14.2%	309	10.6%	266	7.9%	274	6.3%	440	5.2%	660	4.7%	1,141	1,561
G2	1,388	75.3%	2,025	79.3%	2,302	79.0%	2,623	77.6%	3,267	74.7%	5,966	70.8%	9,278	65.5%	10,957	15,892
G3a	65	3.5%	157	6.1%	284	9.7%	456	13.5%	772	17.7%	1,840	21.8%	3,730	26.3%	3,135	4,169
G3b	1	0.1%	6	0.2%	13	0.4%	28	0.8%	53	1.2%	158	1.9%	431	3.0%	384	306
G4	0	0%	0	0%	5	0.2%	4	0.1%	2	0.05%	16	0.2%	43	0.3%	38	32
G5	0	0%	3	0.1%	1	0.03%	1	0.03%	3	0.1%	8	0.1%	18	0.1%	23	11
計	1,843	100%	2,555	100%	2,914	100%	3,378	100%	4,371	100%	8,428	100%	14,160	100%	15,678	21,971

【糖尿病重症化予防事業の概要】

国および東京都が作成した「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」をベースとして、以下の支援プログラムを実施

(1) 個別支援事業

対象者	糖尿病治療中で、腎症病期が概ね 3 期の者が対象
支援内容	・糖尿病患者向けの生活改善に関する支援（食事・運動等）を 6 か月間実施 ・合併症やシックデイ、低血糖に関する注意等の情報提供 ・個別面談、電話、手紙 等

(2) 未受診者に対する医療機関受診勧奨

対象者	特定健診の受診結果（HbA1c、eGFR、尿たんぱく）が一定基準を超えている者のうち、医療機関の糖尿病治療歴が無い者または治療中断者
支援内容	・文書および電話で医療機関の受診を勧奨 ・受診勧奨を行っても未受診である者に対しては対面指導も実施

【未受診者に対する医療機関受診勧奨通知送付物】

特定健診の結果 血糖（HbA1c）が 7%以上だった方へ

必ず糖尿病について専門医にご相談ください

練馬区では、令和2年度の国民健康保険特定健診において、血糖の値である「HbA1c」の検査結果が7%を超えた方へ、医療機関への受診をお勧めしています。
（医療機関受診の際は、ぜひ特定健診結果をお持ちください。）

専門職からお電話をさせていただきます

～日頃、体調面でご心配なことはありませんか？～

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

〇〇様の特定健診における過去3年間の検査値の推移

HbA1c

検査年度	HbA1c (%)
3年前	6.2
今年度	7
2年前	8.4

収縮期血圧

検査年度	収縮期血圧 (mmHg)
3年前	140
今年度	136
2年前	120

拡張期血圧

検査年度	拡張期血圧 (mmHg)
3年前	90
今年度	86
2年前	74

血糖値推移

検査年度	血糖値 (mg/dL)
3年前	130
今年度	140
2年前	140

受診勧奨基準

- HbA1c: 6.5%以上 (今年度) / 6.0%以上 (3年前)
- 収縮期血圧: 130mmHg以上 (今年度) / 135mmHg以上 (3年前)
- 拡張期血圧: 85mmHg以上 (今年度) / 80mmHg以上 (3年前)

練馬区糖尿病連携医療機関マップ

※は糖尿病連携医療機関（医師、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士など）が揃っている施設です。

「医療連携とは」
1つの医療機関だけでなく医療を提供するのではなく、療養と医療、診療と予防など地域医療連携が実現している施設。それぞれの医療機関の得意分野を活かし、それぞれ役割分担をとり、地域全体で数値目標を提供しようという取り組みです。

糖尿病の治療を 放置した 働き盛りの今

この数字には、
糖尿病と診断された
「あなたの未来」が
載っています。

事業名	実施目的	実施内容・方法
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	医療機関未受診のまま、生活習慣の改善も無い状況が長期間継続しないように、理由や状況等を踏まえ、丁寧かつ適切な指導や支援を行う。	【1】糖尿病の医療機関受診勧奨の結果、未治療となっている者について、医療機関での治療や服薬を望まない困難ケース等に対応するため、保健相談所の健康相談なども含め、適切に対応できる体制を整える。 【2】これまでの地域を担当する保健師との連携・協力の結果を総合的に評価し、業務委託への移行等の見直しや充実を図る。
事業スケジュール	前期 30年度 令和元年度 2年度	後期 3年度 4年度 5年度
[1]	協議・検討 → 実施 毎年度ごとに、事業実施、評価や見直しは健康部と連携し行う。	見直し・実施
[2]	実施 委託事業は毎年度継続。29年度を始期とした3年サイクルで、業務の見直しを行う	実施

【指標の達成状況および評価】

指標	当初目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況	指標 判定	事業 判定
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	304人 【内訳】 30年度 142人 元年度 162人	a	B
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%	30年度 64.1% 元年度 64.0%	b	

- 受診勧奨実施者数（アウトプット指標）の目標達成率は、令和元年度現在で約50%となっており、令和5年度までに目標を達成できる見込みですが、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）はベースライン値からも下降しており、目標達成率も約80%となっているため、事業判定を「B」としました。

【これまでの主な取組】

- 特定健診の結果、糖尿病の疑いのある者のうち医療機関未受診である者に対し、受診勧奨を実施
- 医療機関受診勧奨の結果、引き続き未受診である者に対して、再受診勧奨および希望者に対する対面指導の実施を委託化
- 練馬区医師会が作成している「練馬区糖尿病連携医療機関マップ」による情報提供

【評価結果】

- 医療機関受診勧奨対象者の要件を HbA1c7.0%から 6.5%に引き下げ、早期からの受診勧奨の強化を図ったことにより、多くの医療機関未受診者に対する受診勧奨を行うことができました。一方で、医療機関受診勧奨対象者の要件を引き下げたことにより、かかりつけ医が経過観察としている等の理由で受診が確認できなかった者が少なかつたことが、受診勧奨により治療を開始した人の割合の低下の一因となっていると考えられます。
- 医療機関未受診者においては、複数回の受診勧奨を行っても受診を拒否する者も少なくなく、いかに医療機関受診につなげていくかが今後の課題となっています。
- 区国保の糖尿病患者に占める糖尿病性腎症の割合は増加しており、同規模保険者・都・国と比較してもその割合は高いものとなっています。また、糖尿病患者は他の生活習慣病を併発している割合も高くなっています。そのため、今後も糖尿病が疑われる者を早期に医療機関につなげられるよう、未受診者対策を進めていく必要があります。

【今後の取組】

- 健康部との連携により、医療機関受診勧奨を実施した者の健診結果や医療機関受診状況を経年で追跡調査し、支援が必要な者に対しては文書による支援を行います。
- 医療機関未受診である者のうち、必要な者に対しては保健相談所の健康相談等の窓口を紹介します。
- 後期高齢者医療制度への移行後も切れ目のない支援を行います。

事業名	実施目的	実施内容・方法
糖尿病治療中の者に対する個別支援（保健指導）の充実	糖尿病専門医や専門職等からの助言を受け、主治医との一層の連携・協力体制を構築し、実績の増を図り、事業のさらなる展開を目指す。	【1】実施した対象者の事後経過に基づく効果検証を継続し、糖尿病専門医や専門職等からの助言等を基に、支援プログラムを改良し、他疾病への応用を検討する。 【2】従来型の説明会に加え、区と医療機関の双方向形式による事例研究会や勉強会等を開催し、事業を活用する医療機関や主治医を確保する。
事業スケジュール	前期 30年度 令和元年度 2年度	後期 3年度 4年度 5年度
[1]	実施 見直し 委託事業は毎年度継続。29年度を始期とした3年サイクルで、業務の見直しを行う	実施 見直し 実施
[2]	実施 見直し 委託事業は毎年度継続。29年度を始期とした3年サイクルで、業務の見直しを行う	実施 見直し 実施

【指標の達成状況および評価】

指標	当初目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況	指標 判定	事業 判定
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	47人 【内訳】 30年度 17人 元年度 30人	a	B
個別支援実施者の 介入後の健診結果おける それぞれの割合 HbA1cが改善した人 eGFRの低下率が改善 した人 【アウトカム指標】	とも維持	100% 50%	90.9% 50.5% （30年度 支援実施者）	b	

- 個別支援実施数（アウトプット指標）は、令和元年度時点で目標達成率約40%となっており、令和5年度までに目標を達成できる見通しですが、個別支援実施者の介入後の健診結果（アウトカム指標）の が若干下がっているため、事業判定を「B」としました。

【これまでの主な取組】

- 早期に糖尿病治療中の者に支援できるよう、専門職の助言に基づき個別支援プログラム支援対象者要件を見直し
- 主治医や糖尿病専門医等との情報共有を図るために、医療機関向け事業説明会や練馬区糖尿病医療連携ネットワーク推進講演会を通じ、支援プログラムの好事例や困難事例を発表

- 東京都区西北部糖尿病医療連携推進検討会に参加し、糖尿病専門医との連携・協力体制の構築

【評価結果】

- 個別支援実施者に対する支援プログラム終了後のアンケート結果によると、「満足した」と回答する者の割合が約9割と高く、支援プログラムで行った生活習慣の見直しの定着が健診結果の改善につながっていると考えられます。
- 引き続き、糖尿病専門医等との情報共有や助言を受け、支援対象者の見直し等、事業の改善を図っていく必要があります。

【今後の取組】

- 支援プログラム終了後も生活習慣の改善を継続できるよう、支援プログラムの参加者を対象とした集団セミナーを実施します。
- 会議や研修会、セミナー等を通じて、引き続き糖尿病専門医との連携体制の強化を図っていきます。

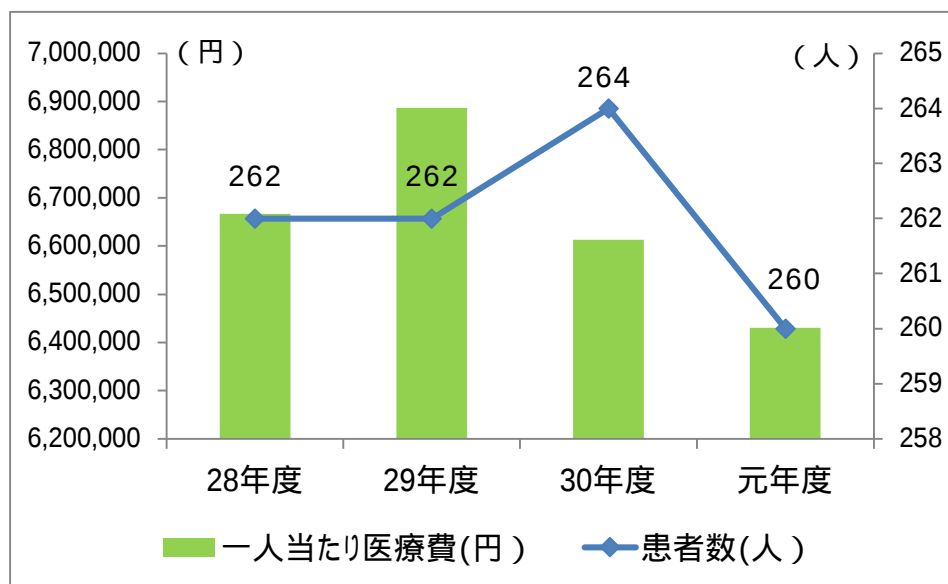
取組2 糖尿病対策の強化

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
対象	・健診結果で、HbA1c が 8.0%以上の者（約 450 人） ・糖尿病性腎症患者（約 1,600 人） ・糖尿病性腎症による人工透析患者（約 260 人）

現状（データの分析結果）

糖尿病の合併症による人工透析の患者数・医療費の推移

	患者数(人)	一人当たり医療費(円)	医療費(円)
28年度	262	6,666,373	1,746,589,830
29年度	262	6,886,393	1,804,235,030
30年度	264	6,613,044	1,745,843,540
元年度	260	6,430,542	1,671,941,040



出典：KDB 帳票「人工透析患者一覧（厚労省様式 2-2）」

糖尿病の合併症による人工透析患者の性別・年齢階層別の状況（元年度）

	計		男性		女性	
	人	構成比	人	構成比	人	構成比
39 歳以下	1	0.4%	1	0.5%	0	0.0%
40～44 歳	6	2.3%	5	2.4%	1	2.0%
45～49 歳	6	2.3%	6	2.9%	0	0.0%
50～54 歳	15	5.8%	13	6.2%	2	4.0%
55～59 歳	36	13.8%	34	16.2%	2	4.0%
60～64 歳	31	11.9%	28	13.3%	3	6.0%
65～69 歳	75	28.8%	62	29.5%	13	26.0%
70～74 歳	90	34.6%	61	29.0%	29	58.0%
計	260	100%	210	100%	50	100%

出典：KDB 帳票「人工透析患者一覧（厚労省様式 2-2）（令和 2 年 3 月診療分）」

新たに糖尿病の合併症による人工透析患者となった者の内訳（元年度）

令和 2 年 3 月現在 人工透析患者数	新規透析患者数内訳		
		元年度に人工透析開始	国保加入
260 人	40 人	26 人（65.0%）	14 人（35.0%）

出典：KDB 帳票「人工透析患者一覧（厚労省様式 2-2）（令和 2 年 3 月診療分）」

新たに糖尿病の合併症による人工透析患者となった者の
性別・年齢階層別内訳の状況（元年度）

	計		男性		女性	
	人	構成比	人	構成比	人	構成比
39 歳以下	1	3.8%	1	4.5%	0	0.0%
40～44 歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
45～49 歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
50～54 歳	3	11.5%	3	13.6%	0	0.0%
55～59 歳	3	11.5%	3	13.6%	0	0.0%
60～64 歳	3	11.5%	2	9.1%	1	25.0%
65～69 歳	6	23.1%	5	22.7%	1	25.0%
70～74 歳	10	38.5%	8	36.4%	2	50.0%
計	26	100%	22	100%	4	100%

出典：KDB 帳票「人工透析患者一覧（厚労省様式 2-2）（令和 2 年 3 月診療分）」

事業名	実施目的	実施内容・方法
糖尿病の医療連携体制の強化	国が作成したプログラムに基づき、かかりつけ医と専門医、医科と歯科など、関係機関が連携する体制を目指す。また、東京都との連携強化を進め、円滑な実施環境を整備する。	【1】「練馬区糖尿病医療連携検討専門部会」に、引き続き国保保険者として積極的に関わり、新たに歯科医師会や薬剤師会との連携体制を構築していく。 【2】都および東京都糖尿病対策推進会議による取組等について、先駆的に実施している区市町村として積極的に協力し、「東京都版の糖尿病性腎症予防プログラム」策定の働きかけ等を行う。
事業スケジュール	前期 30年度 令和元年度 2年度	後期 3年度 4年度 5年度
[1]	実施・継続 関係機関等との検討・協議を継続	実施・継続
[2]	実施・継続 国・都が策定した「糖尿病性腎症重症化プログラム」に基づき、事業を実施	

【指標の達成状況および評価】

指標	当初目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況	指標 判定	事業 判定
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	3回	a	—
糖尿病連携手帳の活用度 【アウトカム指標】 ()	糖尿病患者のうち20%以上所持 (アンケート等により把握)	—	5年度アンケートにて把握	—	

- 糖尿病連携手帳の活用度(アウトカム指標)が現時点で把握できないため、事業判定「評価対象外」としました。
- ()の指標については最終評価に向けて見直しを行います。

【これまでの主な取組】

- 国および東京都の糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、糖尿病医療連携検討専門部会、練馬区糖尿病医療連携ネットワーク推進講演会に参画し、区の糖尿病の状況等の情報共有を図ることにより、医師会、歯科医師会、薬剤師会との連携体制を構築
- 区市町村保健事業担当者連絡会に参加し、東京都や他区市とともに糖尿病重症化予防事業についての協力体制を構築
- 区内糖尿病専門医の協力のもと、糖尿病予防区民向け公開講座を実施【再掲】

- 糖尿病重症化予防個別支援プログラムの参加者のうち、糖尿病連携手帳を活用していない者に対して手帳を配付し、支援の中で活用方法を指導
- 練馬区医師会が作成している「練馬区糖尿病連携医療機関マップ」による情報提供【再掲】

【評価結果】

- 「東京都糖尿病性腎症重症化予防プログラム」は平成30年3月に作成されました。引き続き国および都のプログラムに基づき事業を実施していきます。
- 糖尿病の発症・重症化予防に向けて、望ましい生活習慣に関する正しい知識や定期的な特定健診受診の必要性について啓発を行うとともに、要治療者に対する受診勧奨や個別支援を引き続き効果的に進めていくために、糖尿病専門医、かかりつけ医、歯科医、薬剤師との連携強化が今後とも必要です。

【最終評価に向けた指標の見直し】

- アウトカム指標を年次で評価可能なものに見直します。

➤ 見直し後の指標

指標	新目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況
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%

【今後の取組】

- 国および都の糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿って、かかりつけ医と糖尿病専門医との連携強化を図るとともに、医療機関未受診者に対する受診勧奨や、個別支援プログラム参加者への支援が効果的に行われるよう、糖尿病対策に係る会議などにおいて情報提供・情報共有などを行っていきます。
- 糖尿病連携手帳の活用を推進していくため、医療機関受診勧奨対象者にも糖尿病連携手帳を配付し、今後の受診に活用してもらうことを検討します。

事業名	実施目的	実施内容・方法
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	糖尿病の合併症が悪化した状態で被用者保険から国保に加入している状況を改善する。また、透析導入患者の経過や実態等を把握し、透析予防事業に活用する。	【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。
事業スケジュール	前期	
	30年度	令和元年度 2年度
[1]	事業を全面的に見直し	
	実施・継続	
[2]	事業を全面的に見直し	
	検討・実施	
	事業内容を見直し、実施する。	

【指標の達成状況および評価】

指標	当初目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況	指標 判定	事業 判定
【1】または【2】の 事業化 【アウトプット指標】	実施	—	未実施	c	A
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	40人	a	

- 糖尿病性腎症による新規透析導入者数（アウトカム指標）の増加を抑制できているため、事業判定を「A」としました。

【これまでの主な取組】

- 協会けんぽと保健事業について情報を共有

【評価結果】

- 新規透析患者の動向をみると、国保加入時にはすでに腎機能悪化に至っているケースが少なくないため、引き続き協会けんぽと糖尿病重症化予防対策について情報共有を図っていきます。
- 透析患者が後期高齢者医療制度へ移行しても継続的な健康管理ができる仕組み作りが必要です。

- 透析患者や家族からの受診状況や生活実態等の把握をすることは、現時点では難しいため、把握方法を見直します。

【事業の見直し】

現状に合わせて、当初事業内容の見直しを行います。

➤【1】の事業内容

協会けんぽとのデータ分析の共同実施の検討について見直し、令和3年度から実施される保険者間の特定健診データ引継ぎの仕組みを活用し、国保加入時の健康状態を分析していきます。

➤【2】の事業内容

「血液透析患者実態調査報告書（2016）」（全国腎臓病協議会、日本透析医会、統計研究会の共同調査）の内容を参考に、糖尿病についての啓発の推進へ見直しを行います。

【今後の取組】

- 令和3年度から実施される保険者間の特定健診データ引継ぎの仕組みを活用し、国保加入時の健康状態を分析し、今後の保健事業に活用していきます。
- 後期高齢者医療制度への移行後についても、透析への移行状況をモニタリングしていきます。
- 「血液透析患者実態調査報告書（2016）」（全国腎臓病協議会、日本透析医会、統計研究会の共同調査）に基づき、糖尿病専門医や専門職と連携した糖尿病についての啓発を進めていきます。

取組3

国保から広げる健康づくり

現状

(平成 28 年度)

- 30 歳代健診、がん検診、成人歯科健診いずれも受診率が低い。また、健康づくりに関する地域活動への参加が進んでいない。
- 40 歳代は、生活習慣（食生活・運動）に対する意識や関心が低い。
- 後期高齢者健診結果（75 歳以上）では、高血圧・高血糖で要治療レベルの割合が増加する。

課題

- 自主・自立的かつ相互に健康づくりに取り組むような環境を整備すること
- 40 歳代（国保被保険者以外も含む働く世代）を中心に健康に対する関心や意欲を高めること
- 制度の縦割りを乗り越え、国保において、高齢期を迎える前からの保健事業（特定健康診査・特定保健指導以外の事業）に積極的に取り組むこと

(1) 主体的で適切な受診行動ができるように支援します

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
医療機関等への適切な受診に向けた指導の充実
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）

(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

健康無関心層への働きかけ強化
禁煙支援（喫煙リスク対策）
30 歳代健診の受診勧奨および保健指導の実施

(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

後期高齢者医療制度と連携した保健事業の検討
地域包括ケアシステムの確立に向けた取組への参画
「互助」による健康づくりの支援

事業実施

目指す
状態

- 被保険者が、医療費の現況や医療保険制度の課題を理解しながら、地域の中で、相互に支え合う、自主・自立的な健康づくりが定着している
- 後期高齢者医療制度や被用者保険、介護予防や 40 歳以下の対策との連携が図れている

（１）取組全体の評価

30 歳代から生活習慣病のリスクを保有している者が少なくないことや若い世代の健康意識が依然として低い傾向であることから、継続した健康管理ができるよう、特定健診の受診環境を整備していくほか、若い世代への生活習慣病についての分かりやすい広報を進めていきます。

また、後期高齢者医療制度との連携については、令和3年度から実施する「高齢者みんな健康プロジェクト」の取組の中で、国保と後期高齢者の保健事業を接続し、高齢施策担当部、健康部との連携のもと、切れ目のない支援ができるよう体制整備を図っていきます。

（２）取組におけるストラクチャー評価およびプロセス評価

評価区分	評価内容	評価
ストラクチャー評価	・健康づくり部門と緊密な連携協力関係を構築しているか ・新たな連携先との調整は進んでいるか	・定例の業務打ち合わせのほか、健康部主催の会議などにも国保部門として参加し、意見交換や情報共有を行っている。 ・薬剤師会や協会けんぽとの会合の場を設け、互いの取組や現状について情報連携を行っている。
プロセス評価	・事業評価や現状把握等に必要なデータを入手しているか ・国が定める基準、手引き、指針などに基づいて実施しているか	・KDB システムや事業利用者アンケート等により、データを入手している。 ・基準、手引き、指針等があるものについては、準拠して実施している。

(3) 各個別事業評価結果一覧

保健事業	個別事業	評価結果・課題	主な見直し内容
(1) 主体的で適切な受診行動ができるように支援します	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	東京都国保連合会の助言等を参考に、被保険者に分かりやすい広報物になるよう、毎年度見直しを行った。	東京都国保連合会や東京都と連携を図りながら引き続き、被保険者の視点に立ったわかりやすい広報物を作成していく。
	医療機関等への適切な受診に向けた指導の充実	重複・頻回受診のリスクを説明し日常生活のアドバイスを行うことにより、受診日数が低減される等、支援対象者の受診行動が改善された。	受診頻度だけでなく、同一の効用・効果がある複数の薬剤を処方されている者や薬剤数が過多となっている者も訪問指導の対象とする。
	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）	被保険者に対する服薬に関する啓発の必要性は練馬区薬剤師会と共有しており、様々な啓発にも取り組んでいる。今後、重複・多剤服薬や残薬の実態把握、薬剤師会と連携した取組方法の検討が必要である。	練馬区薬剤師会と連携し、重複・多剤服薬の改善、残薬対策に取り組んでいく。
(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	健康無関心層への働きかけ強化	若い世代に健康への意識が低い傾向が見られるため、更なる啓発が必要である。	ねりまちてくてくサブリを活用したキャンペーン実施について、引き続き健康部と協議していくとともに、特定保健指導におけるインセンティブの効果検証を踏まえて、特定健診についてのインセンティブの内容について検討していく。
	禁煙支援（喫煙リスク対策）	特定健診受診者における喫煙率は年々低下しており、禁煙に対する意識が高まっている。	令和2年度に策定された「練馬区健康づくりサポートプラン」との連携を図っていく。
	30歳代健診の受診勧奨および保健指導の実施	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は少なく、30歳代に対する生活習慣病予防についての啓発の強化が必要である。	健康部と連携し、30歳代健診のデータ分析を引き続き進めるとともに、受診勧奨判定値を超える者に対して、医療機関受診勧奨通知の送付を検討する。

(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	後期高齢者医療制度と連携した保健事業の検討	年齢が高くなるほど生活習慣病に罹患している割合が高くなるため、健康な状態で後期高齢者医療制度に移行できるよう、前期高齢者の段階での生活習慣病の管理および予防策が必要である。	令和3年度から実施する「高齢者みんな健康プロジェクト」の取組の中で、 ・ の事業を実施していくこととし、両事業を統合し事業名称を「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」に変更する。
	地域包括ケアシステムの確立に向けた取組への参画	令和3年度から実施する「高齢者みんな健康プロジェクト」において、新たに事業連携を検討する必要がある。	
	「互助」による健康づくりの支援	令和3年度から実施する「高齢者みんな健康プロジェクト」の取組の中で、国保部門として地域団体との連携事業の活用を検討する。	「高齢者みんな健康プロジェクト」における地域でのネットワークづくりの中での活用を検討していく。

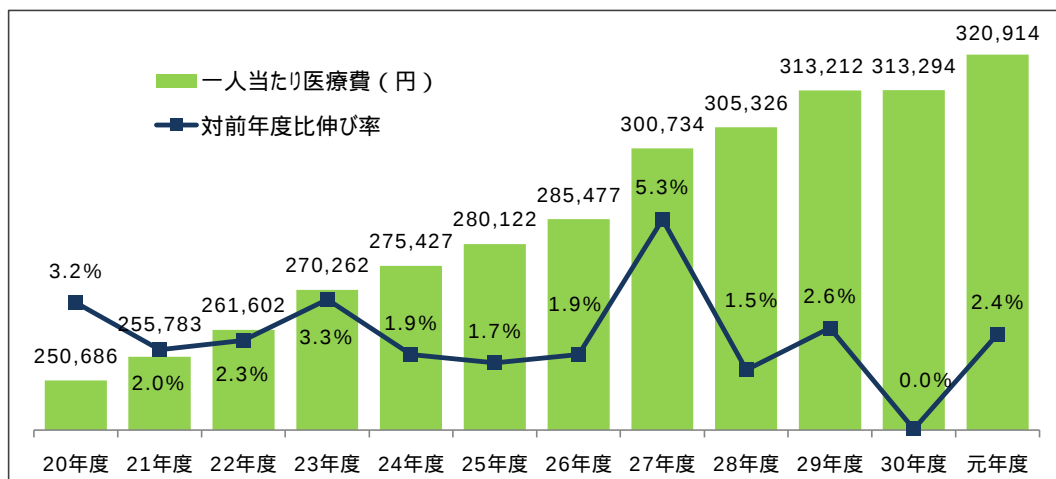
取組3

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
対象	- すべての国民健康保険被保険者（約 15 万人） - 服薬アドヒアランス不良の者（推計値不明）

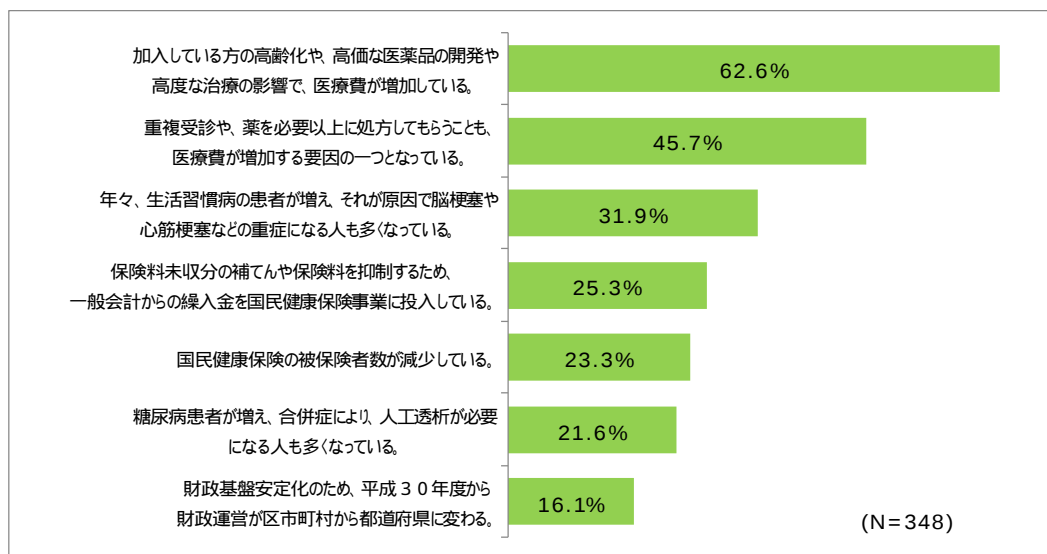
現状（データの分析結果）

一人当たり医療費・伸び率の推移



出典「ねりまの国保 令和2年度版」

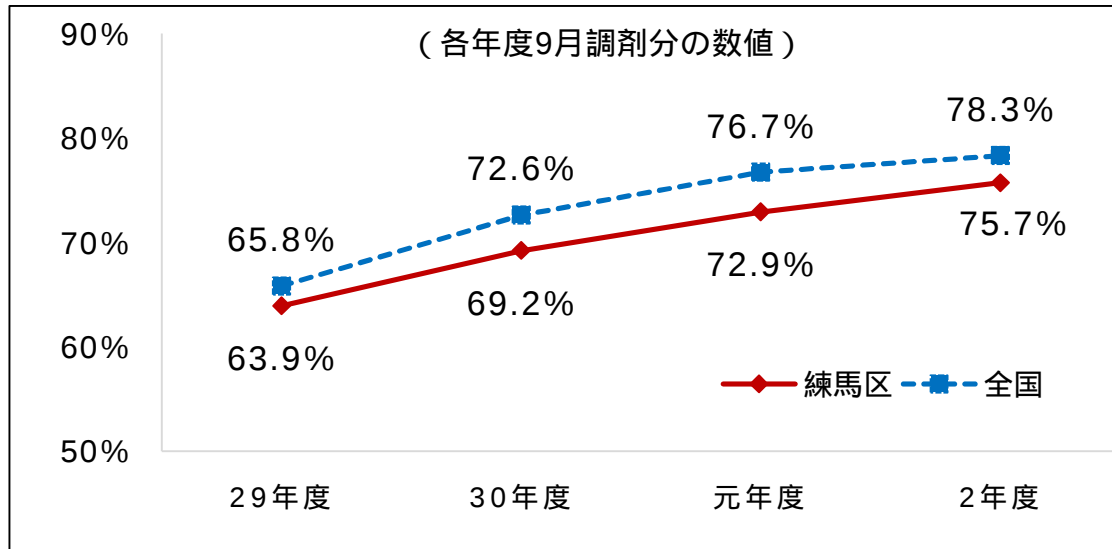
国民健康保険制度の現状や課題についての認知度



出典：「健康意識等に関するアンケート調査結果報告書 平成29年5月」

ジェネリック医薬品利用率()の推移

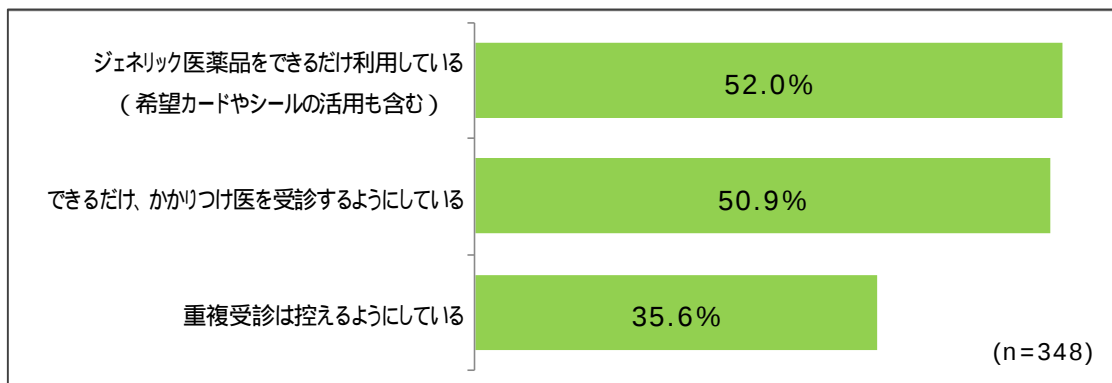
後発医薬品の数量 / 後発医薬品のある先発医薬品の数量 + 後発医薬品の数量



出典：(全国)厚生労働省「薬価調査」

(練馬区)東京都国民健康保険団体連合会「数量シェア集計表」

医療機関の受診状況



出典：「健康意識等に関するアンケート調査結果報告書 平成29年5月」

事業名	実施目的	実施内容・方法
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	被保険者の視点に立ち、国保制度の現状や課題等を分かりやすく伝え、健康意識の向上にもつなげる。	[1] 医療費適正化や生活習慣病対策の広報等について、区からの一方的な告知ではなく、共に考える・共に行動するという視点で実施する。 [2] 保健事業の広報や趣旨普及について、都や他区、国保連合会等との広域的な取組を検討する。
事業スケジュール	前期	
	30年度 令和元年度 2年度	後期 3年度 4年度 5年度
[1]	実施	→
	毎年度ごとに、事業実施、評価、見直しを行う。	
[2]	実施	→
	国保連合会や都と連携し、毎年度ごとに評価、見直しを行う。	

【指標の達成状況および評価】

指標	当初目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況	指標 判定	事業 判定
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5回 (5つの媒体)	a	—
医療費が増加していることの認知度 国保財政が実質赤字であることの認知度 【アウトカム指標】 ()	・ ともに増加	62.6% 25.3%	5年度アンケートにて把握	—	

- アウトカム指標が現時点で把握できないため、事業判定を「評価対象外」としました。
- () の指標については最終評価に向けて見直しを行います。

【これまでの主な取組】

- ねりま区報、区ホームページ、国保のしおり、国保のお知らせ、特定健診受診勧奨通知を通して、国保の現状や課題について周知・啓発を実施

【評価結果】

- 東京都国保連合会が主催する保健事業支援・評価委員会における学識経験者からの助言や区市町村保健事業担当者連絡会における都や他区市の担当者との意見交換等を参考に、被保険者に分かりやすい広報物を作成し、周知・啓発を行っています。

【最終評価に向けた指標の見直し】

- アウトカム指標を年次で評価可能なものに見直します。

➤ 見直し後の指標

指標	新目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況
1人当たり医療費の上昇率 （前年度比）の抑制 【アウトカム指標】	抑制	+1.5%	+2.4%

【今後の取組】

- 東京都国保連合会や東京都と連携を強化し、国保のお知らせや区ホームページなど、様々な媒体を通じて、わかりやすい広報を実施します。
- 国保の現状や生活習慣病対策の啓発だけでなく、セルフメディケーション等、現状に応じた被保険者に必要な情報をわかりやすく提供していきます。

事業名	実施目的	実施内容・方法
医療機関等への適切な受診に向けた指導の充実	重複・頻回受診者に対して、改善に向けた具体的な方法等の指導を強化し、適切な受診行動の必要性や重要性の理解を深める。	【1】重複・頻回受診者の訪問指導事業は、これまでの成果や今後の課題等を踏まえ、対象者抽出や指導実施後の対応等を見直す。 【2】指導の状況や結果に応じて、保健相談所等の関係部署や関係機関につなぐ連携・協力体制を整備し、指導の質を向上する。
事業スケジュール	前期 30年度 令和元年度 2年度	後期 3年度 4年度 5年度
[1]	実施 毎年度ごとに、事業実施、評価、見直しを行う。	
[2]	実施 毎年度ごとに、事業実施。評価や見直しは健康部と連携し行う。	

【指標の達成状況および評価】

指標	当初目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況	指標 判定	事業 判定
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】 ()	維持	145 人	198 人	a	A
重複・頻回受診を控える割合（アンケート調査で把握）() 医療費適正化効果額 【アウトカム指標】	50% 維持	35.6% 150 万円	5 年度アンケートにて把握 169 万円	a	

- 重複・頻回受診者訪問指導事業の実施件数【アウトプット指標】が目標達成しており、医療費適正化効果額【アウトカム指標】もベースライン値を上回っているため、事業判定を「A」としました。
- () の指標については最終評価に向けて見直しを行います。

【これまでの主な取組】

- 同じ傷病について、多数の医療機関を受診している者または受診日数が過多である者に対し、訪問による健康指導を実施

【評価結果】

- 訪問指導に当たっては、本人の考えを尊重しつつ、重複・頻回受診のリスクを説明して日常生活のアドバイスを行うことにより、受診日数が低減される等、対象者の受診行動が改善されています。
- 引き続き、専門職との情報共有や助言を受け、事業対象者の見直し等、事業の改善を図っていく必要があります。

【最終評価に向けた指標の見直し】

- アウトプット指標は令和元年度時点で達成したことと、アウトカム指標の目標達成に向けて更なる取組が必要であることから、目標数値の上方修正を行います。
- アウトカム指標 を年次で評価可能なものに見直します。

➤ 見直し後の指標

指標	新目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況
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	198人
指導対象者のうち状態を 改善した割合 【アウトカム指標】	70%	—	40%

【今後の取組】

- 同一の効用・効果がある複数の薬剤を処方されている者や薬剤数が過多となっている者に対して、新たに訪問指導を実施します。
- 区のレセプト点検員と連携を図り、専門的な見地から対象者の抽出を行います。
- 訪問指導委託事業者に対し、訪問指導員に対する研修を義務付け、指導の質の向上を図ります。
- 地域の実情に合わせて訪問指導を行えるよう、保健相談所と連携する仕組みを構築します。
- 練馬区薬剤師会と連携し、重複・頻回受診者訪問指導事業の対象者に、飲み残しの薬等を入れるお薬バッグを配付し、適切な受診行動や服薬についての啓発を行います。

事業名	実施目的	実施内容・方法
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)	服薬アドヒアランス(*1)の向上により、薬の重複や誤用等による健康被害を防止するとともに、医療費の適正化を目指す。	[1] 重複・多剤服薬や残薬の実態把握の実施に向けて検討する。 [2] 関係機関(医師会・薬剤師会等)との連携・協力により、ジェネリック医薬品の利用促進等をはじめ、服薬アドヒアランス向上を目的とした趣旨普及を検討する。
事業スケジュール	前期 30年度 令和元年度 2年度	後期 3年度 4年度 5年度
[1]・[2]	協議・検討	実施
	練馬区薬剤師会と連携し、啓発事業を進めていく。	

(*1) 服薬アドヒアランス：患者自身が主体的・積極的に服薬の必要性や重要性を理解し、適切に遵守できること

【指標達成状況および評価】

指標	当初目標値 [令和5年度]	ベースライン値 [平成28年度]	令和元年度 実施状況	指標 判定	事業 判定
重複・多剤服薬や 残薬の実態把握 [アウトプット指標] ()	アンケート・ヒアリング その他により把握	—	—	—	A
ジェネリック医薬品 利用率 [アウトカム指標]	80%	61.5%	72.9%	a	

- ジェネリック医薬品利用率【アウトカム指標】はベースラインと比較して11ポイント上昇し、令和元年度時点で目標達成率が約91%を達成しているため、事業判定を「A」としました。
- () の指標については最終評価に向けて見直しを行います。

【これまでの主な取組】

- 練馬区薬剤師会との合同研修会を通して、服薬に関する課題の共有化
- 服薬に関する啓発リーフレットを作成および配布
- 後発医薬品に切り替えた場合に薬代の負担軽減額が一定額以上見込まれる者に対し、後発医薬品に切り替えた場合の差額を通知
- ジェネリック医薬品希望シールを作成し、被保険者証交付時や窓口等にて配布

【評価結果】

- 服薬管理力の向上に向けて様々な啓発を実施するとともに、服薬に関する啓発の必要性、重複・多剤服薬や残薬の実態把握等の課題について、練馬区薬剤師会と共有化を図っています。

【最終評価に向けた指標の見直し】

- アウトカム指標を年次で評価可能なものに見直します。

➤ 見直し後の指標

指標	新目標値 [令和5年度]	ベースライン値 [平成28年度]	令和元年度 実施状況
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	—	0件

【今後の取組】

- 練馬区薬剤師会と連携し、重複・頻回受診者訪問指導事業の対象者に、飲み残しの薬等を入れるお薬バッグを配付し、適切な受診行動や服薬についての啓発を行います。

【再掲】

- 後発医薬品に切り替えた場合の医療費削減の効果額を示した差額通知について、対象薬剤等の範囲を広げて通知し、ジェネリック医薬品の普及啓発を進めます。

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
対象	・特定健診の対象者（約9万人） ・特定保健指導の対象者（約5千人） ・30歳代健診対象者および受診者（約10万2千人・約7千300人） ・喫煙者（特定健診の質問票による：約5千400人） ・特定健診の対象者のうち、生活習慣病での治療を受けず、健診も受診していないため、健康無関心の可能性がある者（約2万3千人）

現状（データの分析結果）

30歳代健診の受診状況

年度	対象者数(人)	受診者数(人)	実施率
27年度	106,854	9,551	8.9%
28年度	105,360	9,459	9.0%
29年度	103,923	8,539	8.2%
30年度	103,381	7,823	7.6%
元年度	102,198	7,354	7.2%

出典：健康推進課

30歳代健診受診者のリスク保有状況（元年度）

	血圧	脂質	血糖
保健指導判定値以上～受診勧奨判定値未満	6.1%	18.6%	14.4%
受診勧奨判定値以上	3.0%	12.5%	0.5%

	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：健康推進課

特定健診の質問票の項目別比較（元年度）

項目	質問項目	男性				女性				合計			
		全体	40歳代	50歳代	60～74歳	全体	40歳代	50歳代	60～74歳	全体	40歳代	50歳代	60～74歳
既往歴	既往歴 脳卒中	4.7%	0.7%	2.3%	6.2%	2.5%	0.4%	1.6%	3.0%	3.4%	0.5%	1.9%	4.2%
	既往歴 心臓病	8.0%	1.8%	4.4%	10.3%	3.6%	0.9%	1.5%	4.5%	5.5%	1.4%	2.9%	6.7%
	既往歴 腎不全	1.1%	0.4%	0.9%	1.4%	0.6%	0.2%	0.6%	0.6%	0.8%	0.3%	0.7%	0.9%
	既往歴 貧血	5.5%	4.0%	4.5%	6.1%	17.0%	29.7%	27.6%	13.1%	12.2%	17.1%	16.7%	10.4%
喫煙	喫煙	23.5%	28.9%	29.8%	20.5%	7.8%	11.8%	12.0%	6.4%	14.3%	20.2%	20.4%	11.9%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	43.6%	46.3%	46.1%	42.3%	24.7%	26.3%	26.9%	24.1%	32.6%	36.1%	36.0%	31.2%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	56.9%	64.3%	64.5%	53.3%	58.9%	76.3%	68.0%	54.6%	58.1%	70.4%	66.4%	54.1%
	1日1時間以上運動なし	46.7%	46.6%	49.9%	45.9%	43.1%	48.9%	44.8%	42.0%	44.6%	47.8%	47.2%	43.5%
	歩行速度遅い	48.9%	48.5%	49.8%	48.8%	48.4%	57.6%	51.6%	46.6%	48.7%	53.2%	50.7%	47.4%
咀嚼	何でも	83.1%	89.7%	85.4%	81.1%	85.0%	90.8%	87.0%	83.9%	84.2%	90.2%	86.2%	82.8%
	かみにくい	15.9%	9.7%	13.5%	17.9%	14.6%	8.9%	12.6%	15.8%	15.2%	9.2%	13.0%	16.6%
	ほとんどかめない	0.9%	0.9%	1.1%	0.9%	0.3%	0.3%	0.4%	0.3%	0.6%	0.6%	0.7%	0.6%
食事	食べる速度が速い	32.8%	44.7%	37.2%	29.1%	25.5%	28.5%	27.9%	24.6%	28.5%	36.4%	32.3%	26.4%
	食べる速度が普通	58.8%	47.7%	55.1%	62.1%	65.9%	59.6%	61.6%	67.6%	62.9%	53.7%	58.5%	65.4%
	食べる速度が遅い	8.4%	7.6%	7.7%	8.8%	8.6%	12.0%	10.5%	7.8%	8.5%	9.8%	9.2%	8.2%
	週3回以上就寝前夕食	25.2%	38.9%	34.5%	19.8%	12.6%	22.6%	18.7%	10.0%	17.9%	30.6%	26.1%	13.8%
	朝昼タ3食以外の間食や甘い飲み物（毎日）	13.8%	20.0%	15.0%	12.2%	25.3%	29.8%	26.9%	24.4%	20.5%	25.0%	21.3%	19.6%
	朝昼タ3食以外の間食や甘い飲み物（時々）	55.5%	57.4%	53.2%	55.7%	59.8%	57.1%	57.5%	60.7%	58.0%	57.3%	55.5%	58.7%
	朝昼タ3食以外の間食や甘い飲み物（ほとんど摂取しない）	30.7%	22.6%	31.8%	32.0%	14.9%	13.1%	15.6%	15.0%	21.4%	17.7%	23.2%	21.6%
	週3回以上朝食を抜く	17.2%	33.3%	27.0%	11.1%	10.0%	21.3%	17.5%	6.9%	13.0%	27.2%	22.0%	8.5%
飲酒	飲酒（毎日）	40.1%	31.1%	37.5%	42.7%	15.1%	16.9%	19.5%	13.9%	25.5%	23.9%	28.0%	25.1%
	飲酒（時々）	27.4%	34.0%	29.3%	25.5%	27.1%	33.2%	30.0%	25.6%	27.2%	33.6%	29.7%	25.6%
	飲まない	32.5%	34.9%	33.2%	31.8%	57.9%	49.9%	50.5%	60.5%	47.3%	42.5%	42.4%	49.3%
	1日飲酒量（1合未満）	41.5%	41.1%	39.2%	42.3%	72.8%	60.9%	62.3%	76.6%	59.8%	51.2%	51.4%	63.2%
	1日飲酒量（1～2合）	35.9%	33.1%	32.7%	37.4%	22.4%	28.3%	28.2%	20.4%	28.0%	30.7%	30.3%	27.0%
	1日飲酒量（2～3合）	16.8%	15.6%	19.3%	16.4%	3.9%	7.6%	7.5%	2.7%	9.3%	11.5%	13.1%	8.0%
	1日飲酒量（3合以上）	5.7%	10.1%	8.8%	3.9%	0.9%	3.1%	2.0%	0.4%	2.9%	6.6%	5.2%	1.8%
睡眠	睡眠不足	25.4%	28.8%	30.7%	23.2%	29.5%	30.8%	36.1%	28.1%	27.8%	29.8%	33.5%	26.2%
生活改善意欲	改善意欲なし	29.8%	22.9%	25.0%	32.6%	25.9%	18.3%	21.3%	27.8%	27.5%	20.6%	23.0%	29.7%
	改善意欲あり	29.1%	39.4%	33.8%	25.7%	30.2%	43.4%	36.6%	27.1%	29.8%	41.5%	35.3%	26.6%
	改善意欲ありかつ始めている	12.2%	13.2%	14.6%	11.4%	14.5%	17.6%	16.6%	13.7%	13.6%	15.5%	15.7%	12.8%
	取り組み済み6ヶ月未満	7.4%	9.9%	8.2%	6.6%	8.3%	10.2%	8.2%	8.0%	7.9%	10.1%	8.2%	7.5%
	取り組み済み6ヶ月以上	21.4%	14.7%	18.4%	23.7%	21.1%	10.4%	17.3%	23.3%	21.2%	12.5%	17.8%	23.5%

特定健診の質問票における喫煙の状況

年度	全体			男性			女性		
	受診者数（人）	喫煙者数（人）	喫煙率	受診者数（人）	喫煙者数（人）	喫煙率	受診者数（人）	喫煙者数（人）	喫煙率
27年度	46,647	7,285	15.6%	18,934	4,853	25.6%	27,713	2,432	8.8%
28年度	43,333	6,606	15.2%	17,759	4,437	25.0%	25,574	2,169	8.5%
29年度	41,472	6,283	15.1%	17,030	4,193	24.6%	24,442	2,090	8.6%
30年度	38,966	5,782	14.8%	16,150	3,925	24.3%	22,816	1,857	8.1%
元年度	37,735	5,405	14.3%	15,704	3,683	23.5%	22,031	1,722	7.8%

事業名	実施目的	実施内容・方法
健康無関心層への働きかけ強化	健康への関心や意欲が低下している働く世代に対して、インセンティブ事業等を効果的・効率的に実施し改善を目指す。	【1】被保険者によるねりまちてくてくサブリ（練馬健康管理アプリ）の利用を増やし、今後の機能拡充・リニューアルにあたって、国保部門として積極的に協力する。 【2】ねりまちてくてくサブリ（練馬健康管理アプリ）の機能を活用して、「特定健診の受診」や「特定保健指導の成果」等を要件としたキャンペーンを実施する。
事業スケジュール	前期	
	30年度	令和元年度 2年度
[1]	実施	
	毎年度ごとに、事業実施、評価や見直しは健康部と連携し行う。	
[2]	実施	
	毎年度ごとに、事業実施、評価や見直しは健康部と連携し行う。	

【指標の達成状況および評価】

指標	当初目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況	指標 判定	事業 判定
健康アプリ利用者数 【アウトプット指標】 ()	検討	4,750 件 (30年1月)	14,794 件 (2年10月)	—	—
40歳代の食生活と運動への意識が高い人の割合 【アウトカム指標】 ()	食生活 50% 運動 35%	食生活 38.0% 運動 16.9%	5年度アンケートにて把握	—	

- アウトカム指標およびアウトプット指標いずれにおいても現時点で判定ができないため、事業判定を「評価対象外」としました。
- () の指標については最終評価に向けて見直しを行います。

【これまでの主な取組】

- 特定健診勧奨ポスターやチラシ、「国保のしおり」を通して、ねりまちてくてくサブリの利用を周知
- 特定保健指導利用者に対して、インセンティブ（血管年齢や体組成の測定、健康グッズの提供等）を付与【再掲】
- 特定健診受診者に対するインセンティブの実施について検討

【評価結果】

- 特定健診の質問票の結果から、若い世代の方が朝食欠食や30分以上の運動習慣が

ない者の割合が高い等、健康への意識が低い傾向が見られるため、今後も引き続き働く世代への啓発が必要です。

- 特定保健指導利用者に対するインセンティブ付与については、平成 28 年度と比較し特定保健指導の実施率が向上していることから、一定の効果が表れていると考えられます。しかし、特定保健指導は毎年対象となる者の割合が高く、また対象となった回数が多い者ほど実施率が低くなっているため、インセンティブの内容や付与するタイミングについて更なる検討が必要です。【再掲】
- ねりまちてくてくサプリの利用者数(ダウンロード数)は、当初の約3倍となり順調に伸びています。「特定健診の受診」や「特定保健指導の成果」等を要件としたキャンペーンを実施するためには、アプリの機能改修や個人情報の管理が必要となるため、アプリを効果的に利用したキャンペーン実施方法を引き続き検討する必要があります。

【最終評価に向けた指標の見直し】

- アウトプット指標の目標値【令和5年度】を現在の状況を踏まえて設定します。
- アウトカム指標を年次で評価可能なものに見直します。

➤ 見直し後の指標

指標	新目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況
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月現在)	14,794 件 (2年10月現在)
40 歳代の 朝食欠食 30 分以上の運動習慣 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 27.2% 運動 70.4%

【今後の取組】

- ねりまちてくてくサプリの機能改修・リニューアル・利用者増について引き続き健康部と協議していきます。
- 特定健診の受診を要件としたキャンペーンの内容については、特定保健指導におけるインセンティブの効果を参考に、ねりまちてくてくサプリの機能活用方法を含めて、引き続き検討します。

事業名	実施目的	実施内容・方法
禁煙支援（喫煙リスク対策）	被保険者に対する喫煙リスク周知を進め、禁煙へのチャレンジを支援する。なお、受動喫煙防止は、国や都の動向を踏まえ、対応する。	【1】被保険者に対して、健康部の事業と連携し、医療専門職による効果的な助言（禁煙補助剤活用）や、禁煙外来の一部負担金補助（必要に応じたインセンティブ）等を実施する。 【2】特定保健指導や肺がん検診との連動等により、被保険者に対する働きかけや周知を強化する。
事業スケジュール	前期 30年度 令和元年度 2年度	後期 3年度 4年度 5年度
[1]	実施 毎年度ごとに、事業実施。評価や見直しは健康部と連携し行う。	
[2]	実施 毎年度ごとに、事業実施。評価や見直しは健康部と連携し行う。	

【評価の達成状況および評価】

指標	当初目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況	指標 判定	事業 判定
禁煙支援事業 実施者数 【アウトプット指標】 ()	検討	—	365人 【内訳】 （禁煙医療費補助事業） 30年度 104人 元年度 136人 （禁煙マラソン利用者） 30年度 58人 元年度 67人	—	B
喫煙率（特定健 診質問票より） 【アウトカム指標】	12%	15.3%	14.3%	b	

- 喫煙率【アウトカム指標】にほぼ変化がないことから、事業評価を「B」としました。
- () の指標については最終評価に向けて見直しを行います。

【これまでの主な取組】

- 特定健診受診者で喫煙している者に対する禁煙医療費補助事業(平成30年度開始)の利用勧奨（健康部）
- 特定保健指導実施者のうち喫煙者に対して、専用教材等に基づく禁煙指導やCOPD(慢性閉塞性肺疾患)の啓発を実施

【評価結果】

- 喫煙は、がん、循環器疾患、COPDを含む呼吸器疾患、糖尿病、歯周疾患等のリスク

を高めるとされています。特定健診受診者における喫煙率は減少傾向にありますが、下げ幅はわずかであり、喫煙率の減少に向けた更なる取組が必要です。

【最終評価に向けた指標の見直し】

- アウトカム指標の目標値【令和5年度】を現在の状況を踏まえて設定します。

➤ 見直し後の指標

指標	新目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況
禁煙支援事業実施者数 【アウトプット指標】	600人	—	365人 【内訳】 (禁煙医療費補助事業) 30年度 104人 元年度 136人 (禁煙マラソン利用者) 30年度 58人 元年度 67人

【今後の取組】

- 喫煙リスクについて、特定保健指導等を通じて正しい知識の普及を進めます。
- 禁煙希望者を支援するために、「練馬区健康づくりサポートプラン」との連携を図りながら、引き続き健康部の事業と連携していきます。

事業名	実施目的	実施内容・方法
30歳代健診の受診勧奨および保健指導の実施	特定健診・特定保健指導の対象となる前の年代から、メタボ対策や動脈硬化リスク（高血糖・高血圧等）対策を実施する。	【1】健康推進課と共同し、30歳代健診の健診結果を基に現状分析を行い、効果的な受診勧奨を実施する。
		【2】健診結果説明を丁寧に行うよう改善し、ICTの活用など、30歳代が利用しやすい方法による保健指導を検討し、実施する。
事業スケジュール	前期	
	30年度	令和元年度 2年度
【1】・【2】	後期	
	3年度	4年度 5年度
		
30歳代に対する健康管理について、引き続き健康部と連携して事業化を検討していく。		

【指標の達成状況および評価】

指標	当初目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況	指標 判定	事業 判定
30歳代保健指導の実施者数 【アウトプット指標】 ()	事業開始に併せて検討	—	—	—	—
健診結果（血圧、血糖、脂質、肥満） 【アウトカム指標】 ()	健診受診者全員の平均値が改善	—	—	—	

- アウトカム指標およびアウトプット指標いずれにおいても現時点で判定できないため、事業判定を「評価対象外」としました。
- () の指標については最終評価に向けて見直しを行います。

【これまでの主な取組】

- 30歳代健診結果の分析
- 30歳代健診結果に基づき、医療機関での受診が必要な者に対して、わかりやすい健診結果説明文書を健診結果と同時に送付
- 30歳代保健指導の実施検討

【評価結果】

- 30歳代健康診査を分析した結果、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なく、特に脂質については、約3割の者が保健指導判定値を超えており、30歳代に対する生活習慣病予防についての啓発の強化が必要です。
- 30歳代保健指導の開始に向けては、健診データの引継ぎや実施方法、ニーズ等の課

題を整理していきます。

【最終評価に向けた指標の見直し】

- アウトプット指標を現在の状況を踏まえて見直します。
- アウトカム指標を年次で評価可能なものに見直します。

➤ 見直し後の指標

指標	新目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況
30歳代健診実施率 【アウトプット指標】	20%	9.0%	7.2%
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 9.1% 脂質 31.2% 血糖 14.9%

【今後の取組】

- 30歳代健診対象者のうち、練馬区国保加入者に対し健診受診を勧奨し、若い世代からの生活習慣病予防の啓発を進めるとともに、特定健診受診への足がかりとしていきます。
- 30歳代健診の結果、検査値が受診勧奨判定値を超えた者に対して、医療機関受診勧奨通知の送付を検討します。

取組3 国保から広げる健康づくり

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
対象	・全区民（約74万人） ・国民健康保険被保険者（約15万人） ・後期高齢者医療制度被保険者（約8万3千人）

現状（データの分析結果）

後期高齢者の健診受診状況

年度	対象者数(人)	受診者数(人)	実施率
27年度	71,704	42,045	58.6%
28年度	74,133	43,696	58.9%
29年度	76,420	44,403	58.1%
30年度	78,393	43,812	55.9%
元年度	80,355	44,320	55.2%

出典：東京都後期高齢者医療広域連合「後期高齢者医療健康診査実績一覧」

後期高齢者の医療機関受診状況（元年度）

後期高齢者健診	健診受診あり 51.0%	医療機関受診者 50.5%
		医療機関未受診者 0.5%
	健診受診なし 48.9%	医療機関受診者 44.4%
		医療機関未受診者 4.5%
特定健診	健診受診あり 42.1%	医療機関受診者 32.7%
		医療機関未受診者 9.4%
	健診受診なし 57.9%	医療機関受診者 31.9%
		医療機関未受診者 26.0%

出典：後期高齢者健診：KDB 帳票「後期高齢者の健診状況」

特定健診：KDB 帳票「糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導（厚労省様式 5-5）」

後期高齢者健診受診者のリスク保有状況（元年度）

	血圧	脂質	血糖
保健指導判定値以上～受診勧奨判定値未満	28.5%	28.6%	52.4%
受診勧奨判定値以上	28.6%	17.9%	12.3%

	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： KDB 帳票「後期高齢者の健診状況」

後期高齢者健診における腎機能データ（CKD ステージ）の分析（元年度）

			尿たんぱく区分			
			正常	軽度たんぱく尿	高度たんぱく尿	
e-GFR（ ）区分			陰性（-）	疑陽性（±）	陽性（+以上）	
腎機能	基準値		A 1	A 2	A 3	
正常または高値	90	G 1	G1A1 804人 (1.9%)	G1A2 126人 (0.3%)	G1A3 102人 (0.2%)	1,032人
正常または軽度低下	60～89	G 2	G2A1 15,654人 (36.6%)	G2A2 2,379人 (5.6%)	G2A3 1,467人 (3.4%)	19,500人
軽度～中等度低下	45～59	G 3 a	G3aA1 11,903人 (27.8%)	G3aA2 2,256人 (5.3%)	G3aA3 1,698人 (4.0%)	15,857人
中等度～高度低下	30～44	G 3 b	G3bA1 3,509人 (8.2%)	G3bA2 799人 (1.9%)	G3bA3 1,096人 (2.6%)	5,404人
高度低下	15～29	G 4	G4A1 405人 (0.9%)	G4A2 130人 (0.3%)	G4A3 370人 (0.9%)	905人
末期腎不全	<15	G 5	G5A1 10人 (0.02%)	G5A2 8人 (0.02%)	G5A3 88人 (0.2%)	106人
計			32,285人	5,698人	4,821人	42,804人

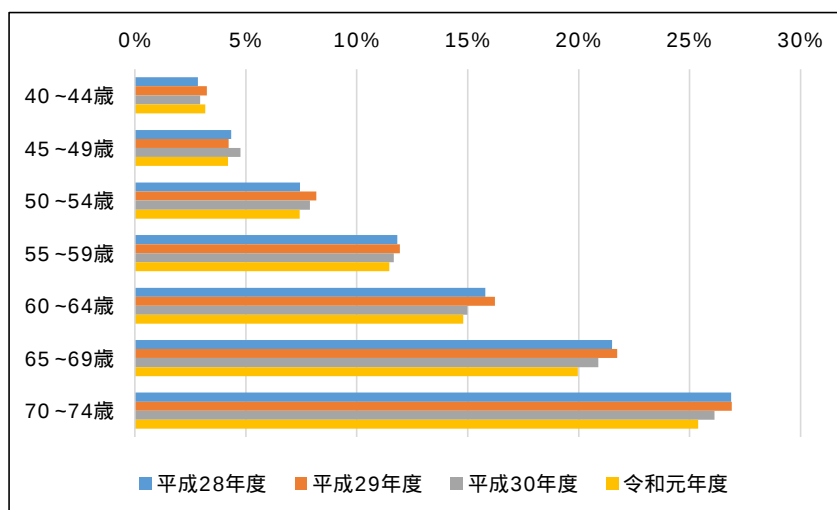
e-GFR の推計

出典： 国保年金課

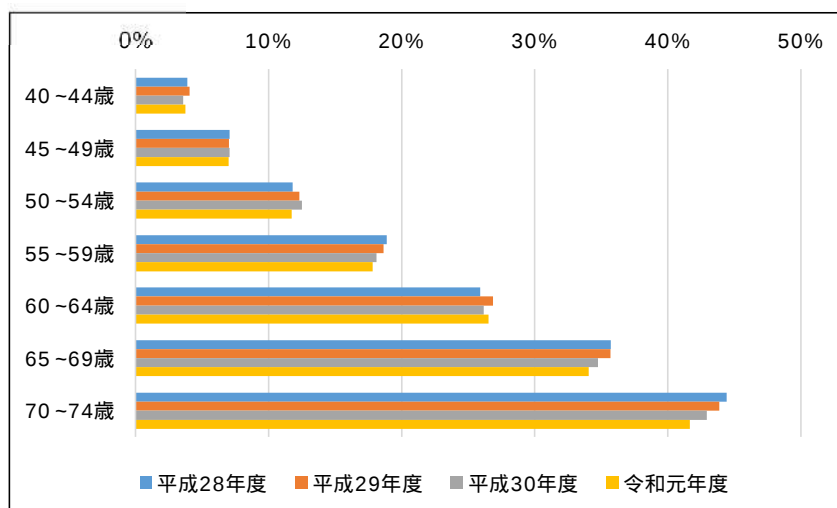
- ・男性 $eGFR (ml/分/1.73 m^2) = 194 \times Cr^{-1.094} \times 年齢^{-0.287}$
- ・女性 $eGFR (ml/分/1.73 m^2) = 194 \times Cr^{-1.094} \times 年齢^{-0.287} \times 0.739$

国保被保険者（40～74歳）における生活習慣病罹患割合の年齢別推移

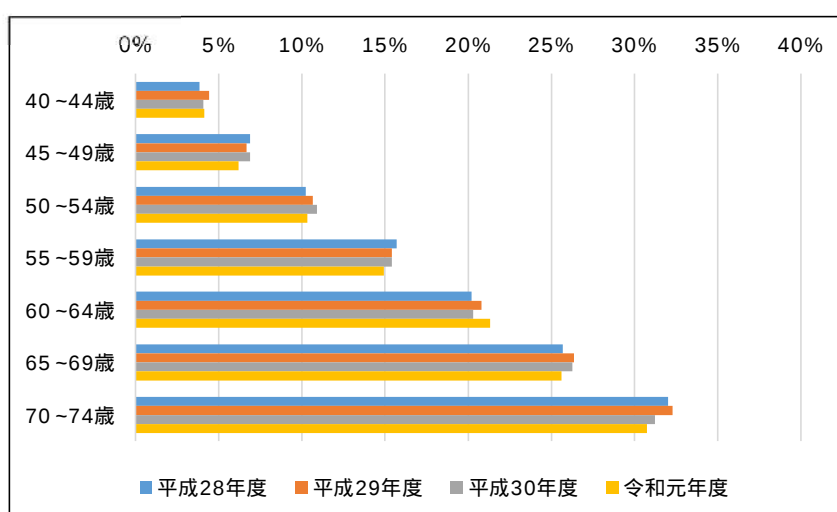
【糖尿病（男性）】



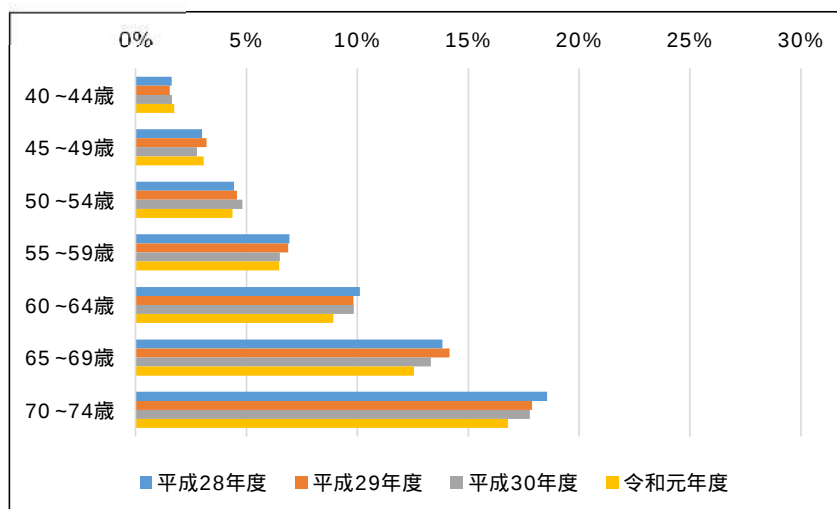
【高血圧症（男性）】



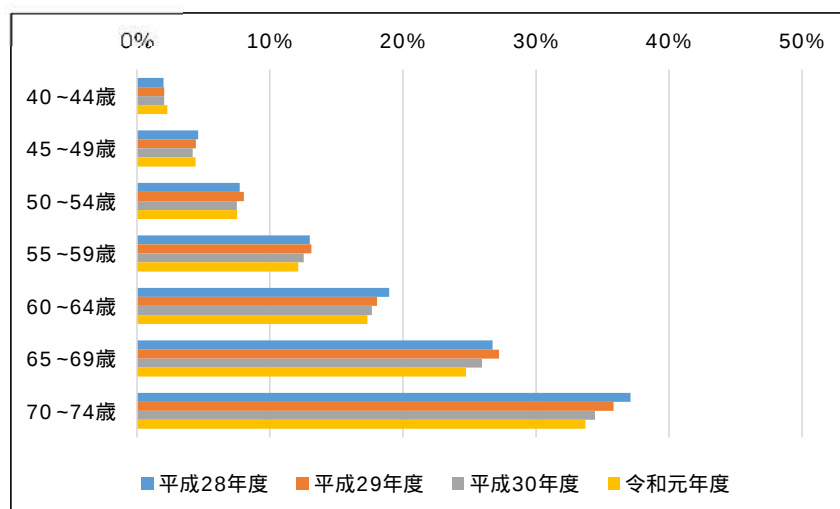
【脂質異常症（男性）】



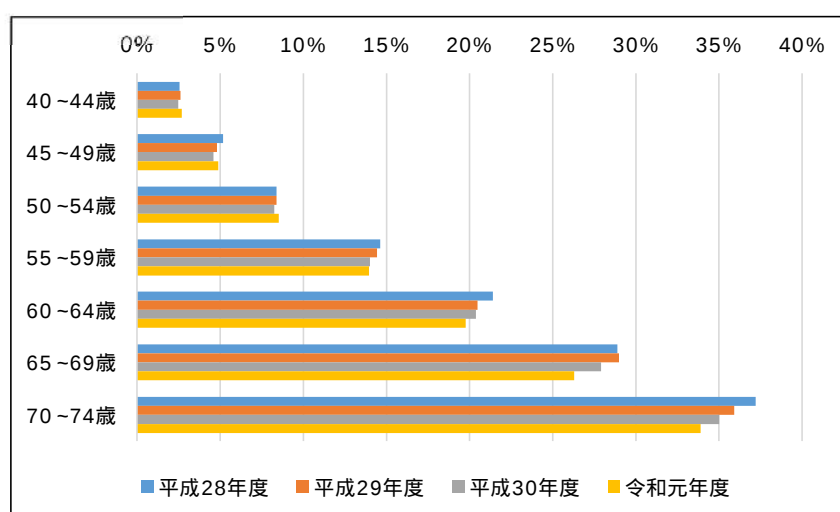
【糖尿病（女性）】



【高血圧症（女性）】



【脂質異常症（女性）】



出典：KDB 帳票「疾病別医療費分析（生活習慣病）」

事業名	実施目的	実施内容・方法
後期高齢者医療制度と連携した保健事業の検討	75歳で後期高齢者医療制度に移行した後も組織横断的に対応するため、後期高齢者医療広域連合との連携を検討する。	【1】糖尿病の重症化予防などの保健指導実施者が、後期高齢者医療制度に移行した後も継続してフォローできる仕組みを構築する。 【2】広域連合と共同したデータ分析の実施や、練馬区でのモデル事業実施などの具体的な連携を検討する。
事業スケジュール	前期 30年度 令和元年度 2年度	後期 3年度 4年度 5年度
[1]・[2]	モデル実施等も含めた検討 実施	実施
「高齢者みんな健康プロジェクト」との連携において進めていく。		

【指標の達成状況および評価】

指標	当初目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況	指標 判定	事業 判定
広域連合との連携事業の実施件数・実施人数 【アウトプット指標】 ()	事業の具体化に併せて検討	—	—	—	B
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	血糖 10.8% 血圧 30.0% 脂質 18.3%	血糖 12.3% 血圧 28.6% 脂質 17.9%	b	

- アウトカム指標 3項目中 2項目の割合が減少し、目標を達成しているため、事業判定を「B」としました。
- () の指標については最終評価に向けて見直しを行います。

【これまでの主な取組】

- 東京都後期高齢者医療広域連合と糖尿病重症化予防事業についての連携を協議
- 糖尿病重症化予防事業の個別支援実施者のうち、後期高齢者医療制度に移行した者に対して、その後の経過の確認やフォローアップ体制、通いの場（街かどケアカフェ）の案内を個別に送付

【評価結果】

- 年齢が高くなるほど生活習慣病に罹患している割合も増加していきます。また、要介護認定者有病率を見ると、生活習慣病に起因する心臓病、脳疾患、糖尿病の有病者の割合が高くなっています。そのため、より健康な状態で後期高齢者医療制度に移行できる

よう、前期高齢者の段階から生活習慣病のしっかりとした管理を支援することが必要です。

【最終評価に向けた指標の見直し】

- アウトカム指標を現在の状況を踏まえて見直します。

➤ 見直し後の指標

指標	新目標値 [令和5年度]	ベースライン値 [平成28年度]	令和元年度 実施状況
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	—	6人

【事業の再編】

- 後期高齢者医療制度との連携については、令和3年度より実施する「高齢者みんな健康プロジェクト」において取り組んでいくため、本事業を「取組3 保健事業(3) 地域包括ケアシステムの確立に向けた取組への参画」と統合し、事業名称を「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」に変更します。

【今後の取組】

- 「高齢者みんな健康プロジェクト」にて、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組織横断的に実施します。
- 国保保険者として、被保険者を後期高齢者医療制度に健康な状態で引き継いでいくために、国保のデータだけでなく後期高齢者や介護保険のデータを分析し、前期高齢者の段階で生活習慣病の管理をしっかりと行うという国保の役割を強化していきます。
- 糖尿病重症化予防については、後期高齢者医療制度への移行により対象者の支援が途切れてしまうことがないよう、後期高齢者医療制度担当との連携を密にし、通いの場への参加勧奨等、継続的な健康管理ができる体制づくりに国保として参画していきます。

事業名	実施目的	実施内容・方法
地域包括ケアシステムの確立に向けた取組への参画	地域包括ケアシステムの確立に向けた組織横断的な会議体（練馬区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定委員会）に参画する等の庁内連携を継続し、国保保険者として行う具体的な取組を検討していく。	【1】地域包括ケアの確立に向けた組織横断的な会議体（高齢者保健福祉・介護保険事業計画策定委員会）への参画に加え、地域ケア会議へ参加する等、医療・介護・保健・福祉の専門職および関係者との連携や情報共有を進める。また、地域の現状分析や課題抽出に国保のデータを活用すること等について、検討する。
事業スケジュール	前期	
	30年度 令和元年度	2年度
【1】	モデル実施等も含めた検討	実施
	「高齢者みんな健康プロジェクト」との連携において進めていく。	

【指標の達成状況および評価】

指標	当初目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況	指標 判定	事業 判定
地域包括ケアシステムとの連携事業の実施件数・実施人数 【アウトプット指標】 【アウトカム指標】	事業の具体化に併せて目標を検討	—	実施なし	—	—

- アウトカム指標・アウトプット指標は現時点で判定できないため、事業判定を「評価対象外」としました。

【これまでの主な取組】

- 「高齢者保健福祉・介護保険事業計画策定委員会」および「高齢者みんな健康プロジェクト」への参画

【事業の再編】

- 地域包括ケアシステムとの連携については、令和3年度より実施する「高齢者みんな健康プロジェクト」において取り組んでいくため、本事業を「取組3 保健事業(3) 後期高齢者医療制度と連携した保健事業の検討」と統合し、事業名称を「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」に変更します。

【最終評価に向けた指標の見直し】

- 本事業は「後期高齢者医療制度と連携した保健事業の検討」と統合し、最終評価に向けては で設定した指標にて評価を行います。

【今後の取組】

- 「高齢者みんな健康プロジェクト」にて、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組織横断的に実施します。【再掲】

事業名	実施目的			実施内容・方法		
「互助」による健康づくりの支援	「自助」、「公助」、「共助」に加え、地域において、お互いに健康づくりを支え合う「互助」の環境や意識を醸成する。			【1】地域団体への生活習慣病予防講座の企画、実施委託事業の整理・統合を行い、健康部（各地域の保健相談所）と連携し、地域での信頼関係や活力・ネットワーク等を活用した健康づくり事業を国保保険者として積極的に支援、協力する。		
事業スケジュール	前期			後期		
	30年度	令和元年度	2年度	3年度	4年度	5年度
【1】	実施			実施		
	継続して事業を実施する。					

【指標の達成状況および評価】

指標	当初目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況	指標 判定	事業 判定
保健相談所との連携事業の実施件数・実施人数 【アウトカム指標】 ()	事業の具体化に併せて目標を検討	—	実施なし	—	B
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)	35.0% 6.6% (30年度)	b	

- アウトカム指標がベースライン値と比較しほぼ変化がないことから、事業判定を「B」としました。
- () の指標については最終評価に向けて見直しを行います。

【これまでの主な取組】

- 生活習慣病予防講座の企画・実施を地域団体に委託

【評価結果】

- 当初、次期健康づくり総合計画の改定時に本事業の見直しを進めていくこととしていましたが、令和3年度より「高齢者みんな健康プロジェクト」を実施することとなったため、この取組の中で地域団体との連携事業の活用も検討しながら、令和3年度以降に見直しを行っていきます。

【最終評価に向けた指標の見直し】

- アウトカム指標の目標値【令和5年度】を、現在の状況を踏まえて設定します。

➤ 見直し後の指標

指標	新目標値 【令和5年度】	ベースライン値 【平成28年度】	令和元年度 実施状況
保健相談所との連携事業 の実施件数・実施人数 【アウトカム指標】	5件	—	実施なし

【今後の取組】

- 地域団体への生活習慣病予防講座等の企画・実施委託事業に、地域団体の要望に応じて健康部門との連携を図っていきます。
- 令和3年度から実施する「高齢者みんな健康プロジェクト」において、国保部門として地域団体との連携事業の活用を検討していきます。

第6 その他

今後の予定と最終評価について

(1) 後期(令和3～5年度)のスケジュール

目標については、特定健康診査・特定保健指導の実施率を、現実的な目標値に再設定しました。また、個別事業については、今回の中間評価で大幅な指標の見直しを行いました。後期3年間は、この見直し結果を踏まえて個別事業を実施していきます。

(2) 最終評価の時期

計画の最終年度に当たる令和5年度に、第2期データヘルス計画および第3期特定健康診査等実施計画の総括・最終評価を行い、次期計画(第3期データヘルス計画および第4期特定健康診査等実施計画)の策定作業を行います。

また、最終評価とは別に、年度ごとの事業実績を含む評価は引き続き行い、評価結果は報告書に取りまとめ、公表します。

練馬区国民健康保険データヘルス計画 中間評価

令和3年（2021年）5月 発行

練馬区区民部国保年金課