

第1章 計画策定の概要

1 計画策定の趣旨と中間評価の背景

国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成16年厚生労働省告示第307号、平成26年3月31日一部改正）により、国民健康保険の保険者は、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るために、健診・医療情報を活用した保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定し、実施及び評価を行うこととされました。

こうした中で、本市は平成27年3月に、「豊川市国民健康保険データヘルス計画（平成27年度～29年度）」を策定し、平成30年3月には、「豊川市国民健康保険第2期データヘルス計画（平成30年度～令和5年度）」（以下「本計画」という。）を策定しました。本計画は、被保険者の健康の保持増進、生活習慣病の発症予防や重症化予防のための保健事業を効果的に推進するために策定したのですが、計画策定から3年が経過したため、当初3年間で取り組んだ事業の「進捗確認と中間評価及び計画内容の見直し」（以下「中間見直し」という。）を行うこととなっています。

2 中間見直しの目的

本計画の実施期間は、平成30年度から令和5年度までの6年間となっているため、期間前半の最終年度である令和2年度に中間見直しを行い、後半3年間で、健康寿命の延伸、健康格差の縮小の実現、ひいては、医療費の適正化を目的として、これまで以上に効果的かつ効率的に計画を推進していくものです。

3 実施体制・関係各課等との連携

本市では、平成25年度から平成27年度の間、愛知県国民健康保険団体連合会の支援のもと、「健康なまちづくり推進事業」を実施し、健診・医療・介護データの分析により市の健康課題を抽出し、今後の保険事業の在り方を協議してきました。そこで明らかになった健康課題を解決するために、平成28年度に、関係各課等（保健センター、介護高齢課、豊川保健所）により、「豊川市糖尿病対策プロジェクト」を立ち

上げ、出前講座や健幸新聞の配布やポスター掲示などを行い、糖尿病対策の啓発などの事業を実施しました。その後、各分野で健康課題の解決のための事業を実施し、糖尿病対策を継続的に取り組んでいます。

また、その後、本プロジェクトに参画する関係各課等が増えており、平成29年度には、保育課及び農務課が、平成30年度には、スポーツ課が、令和元年度には、豊川市民病院が参画し、様々な分野での知見を持つ各課等との連携ができています。

4 計画の評価及び見直し

本計画では、豊川市国民健康保険運営協議会を最上位機関と位置付けて、毎年度1回、事業や実績等の評価を受けます。また、本計画は、令和5年度が最終年度となりますが、社会環境・地域課題の変容に対して、柔軟に計画の内容を見直していきます。

5 計画の推進

(1) 個人情報の保護

個人情報の取り扱いについて、「豊川市個人情報保護条例」及び「市長が保有する個人情報の保護等に関する規則」を遵守し、適切に対応します。

(2) 計画の公表及び周知

本計画は、市ホームページで公表するとともに、関係機関の会議等を利用して計画の周知を図ります。

(3) 地域包括ケアに係る取組

地域で被保険者を支える医療と介護の連携を促進するため、「豊川市地域包括ケア会議」に参加し、国保が保有する健診や医療に関するデータから、介護予防・生活支援の対象となる被保険者の疾病傾向の抽出を行うことにより、地域が抱える健康課題を共有するなど、必要な取り組みを行います。

第2章 本市の現状

1 被保険者

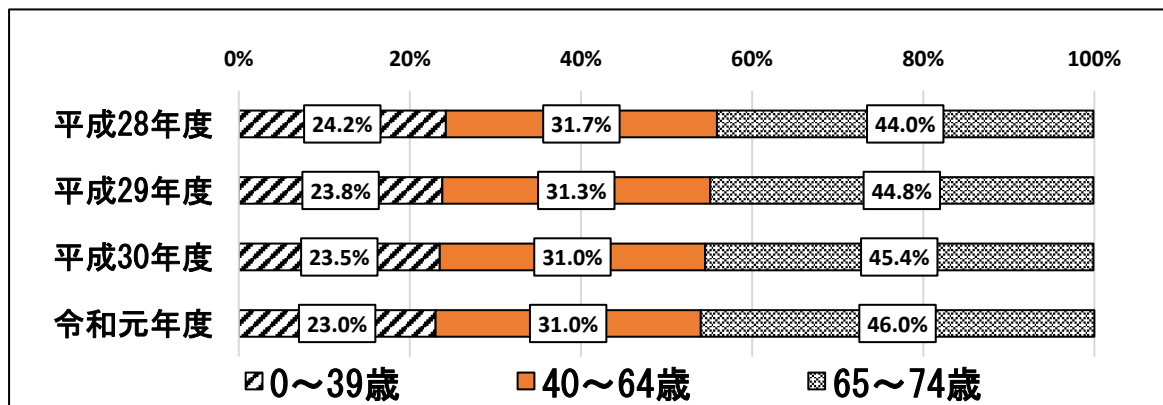
(1) 加入状況

令和元年度の本市人口に占める被保険者の加入率は20.0%で、被保険者の平均年齢は、53.9歳となっています。加入率は、年々減少しており、県と比較すると、加入率は3ポイント低く、平均年齢は3歳高い状況となっています。（表1、図1）

表1 被保険者加入状況（各年度末時点を基準）

	被保険者(人)	加入率	平均年齢(歳)	県加入率(%)	県平均年齢(歳)
平成25年	46,121	25.05	51.2	29.8	49.0
平成26年	45,132	24.56	49.4	29.1	49.4
平成27年	43,475	23.78	52.3	28.3	49.8
平成28年	41,154	22.63	52.9	26.9	50.2
平成29年	39,459	21.70	53.2	21.7	51.9
平成30年	37,735	20.80	53.5	20.8	52.1
令和元年度	36,403	20.00	53.9	20.0	52.4

図1 年齢階級別被保険者割合推移



(2) 平均寿命と健康寿命

全体として平均寿命（※1）は女性が高く、男女差は5歳程度あります。また、本市の平均寿命は、県・国平均寿命と同程度となっています。（図2）

健康寿命（※2）は、国、県は年々高くなっていますが、本市では、男性がほぼ横這いで推移し、女性は、平成30年度、令和元年度が低くなっています。（図3-1、3-2）

図 2 令和元年度平均寿命

(歳)

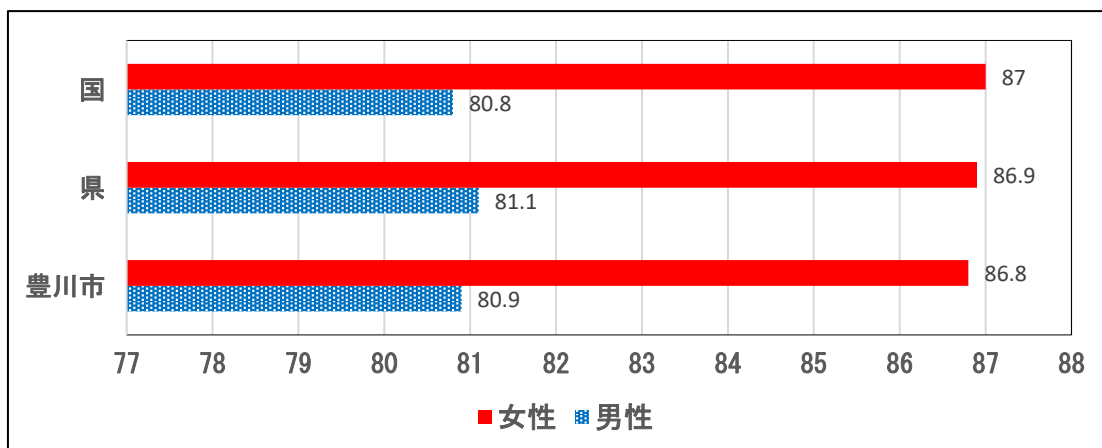
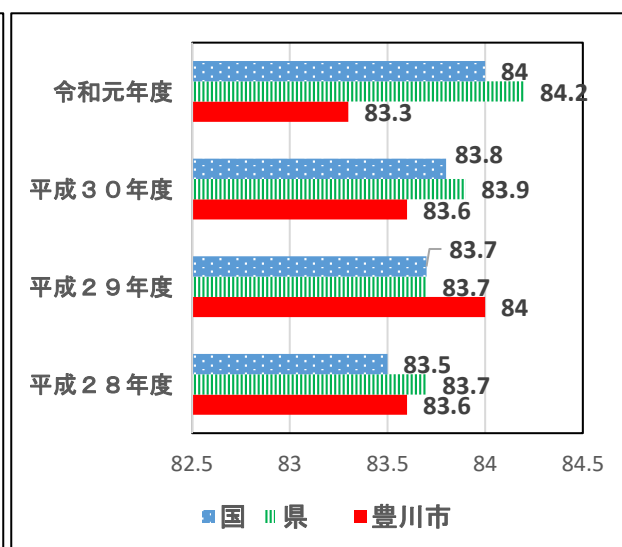
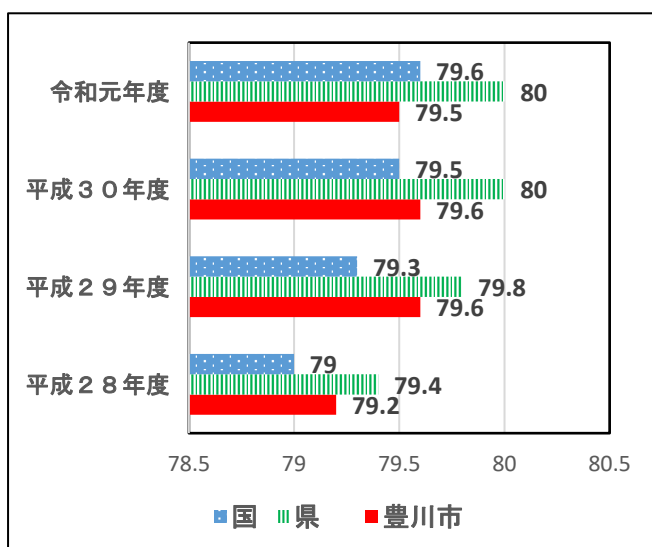


図 3-1 健康寿命の推移 (男性)

(歳)

図 3-2 健康寿命の推移 (女性)

(歳)



※ 1 平均寿命

県が算出している平均寿命ではなく、国や県との比較、経年比較が容易である「国保データベース」からの平均寿命を指標としました。

※ 2 健康寿命

国保データベースでは、要介護2以上となる平均年齢までで算出した年齢(平均自立期間)を健康寿命としています。本計画では、国や県との比較、経年比較が容易である「国保データベース」からの健康寿命を指標としました。

(3) 医療費分析 (大分類)

生活習慣病関連疾患を経年でみると、入院で増加傾向にあるのは「循環器疾患」(※3)で、外来で増加傾向にあるのは、「内分泌・栄養及び代謝疾患」(※4)「循環器疾患」「尿路性器系疾患」(※5)となっています。(図4-1、4-2)

大分類疾患種類

※3 循環器疾患・・・心筋梗塞、脳梗塞など

※4 内分泌、栄養及び代謝疾患・・・糖尿病、甲状腺疾患など

※5 尿路性器系疾患・・・腎不全、尿路系疾患など

図4-1 令和元年度1人当たり医療費推移（入院）

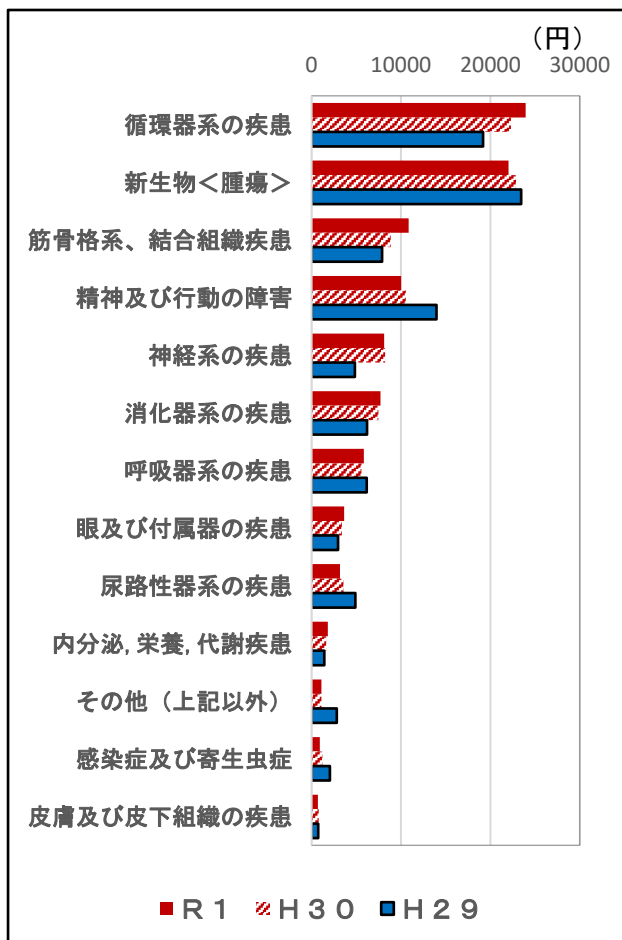
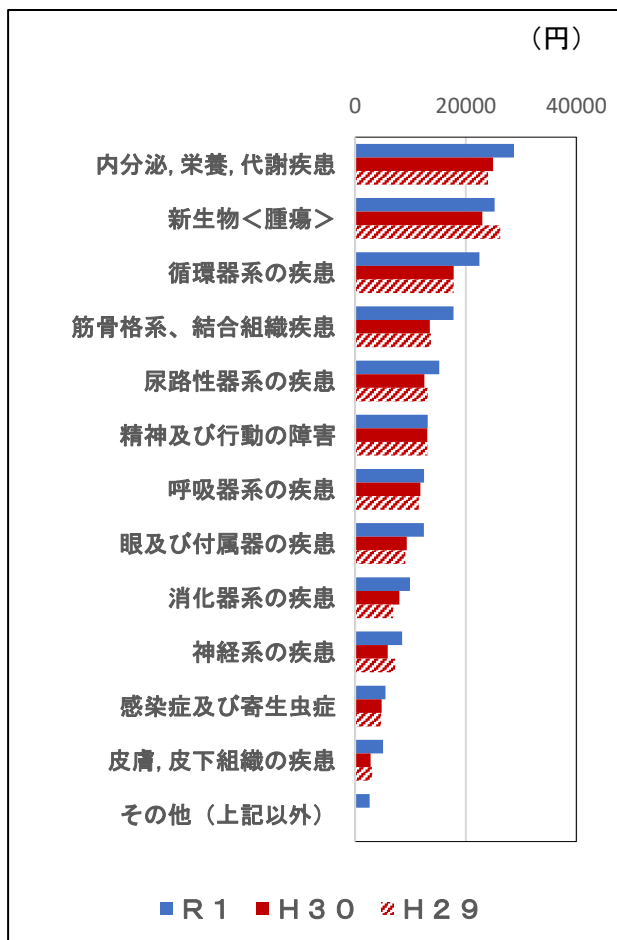


図4-2 令和元年度1人当たり医療費推移（外来）



(4) 1人当たり医療費 県平均との比較（大分類）

令和元年度における大分類での生活習慣病関連疾患1人当たり医療費について、県平均との比較でみると、1人当たりの入院医療費が最も高く、県平均より高い状況にあるのは「循環器疾患」で、外来では、「尿路性器系疾患」「循環器疾患」が県平均より高い状況となっています。（図5-1、5-2）

図 5 - 1 令和元年度 1 人当たり医療費(入院)

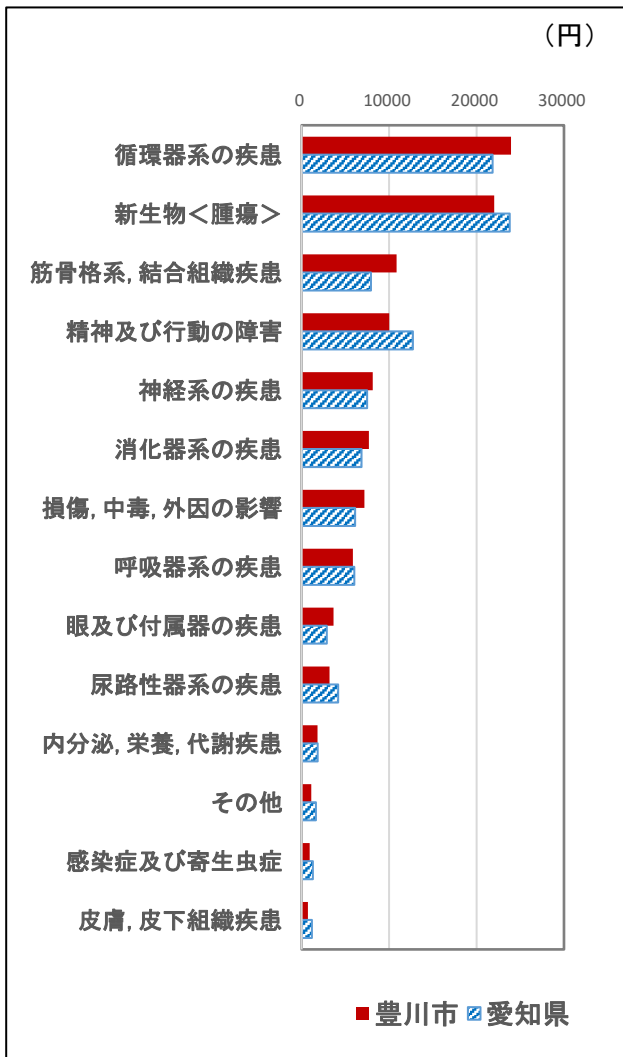
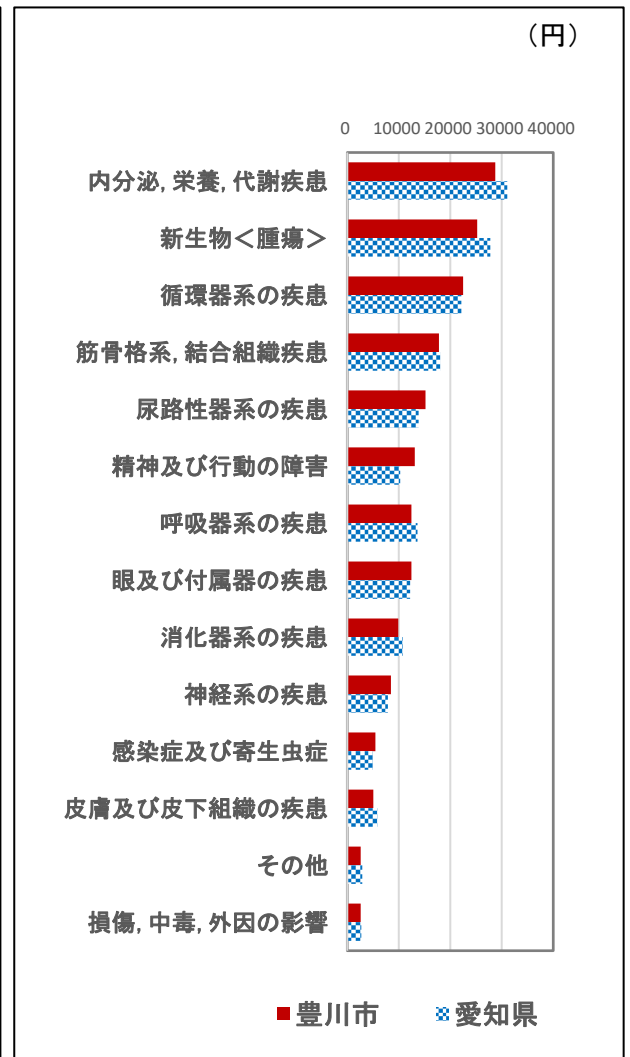


図 5 - 2 令和元年度 1 人当たり医療費(外来)



(5) 1 人当たり医療費 県平均との比較 (中分類)

令和元年度における、中分類での生活習慣病関連疾患 1 人当たり医療費を県平均との比較でみると、入院で 1 人当たり医療費が高いのは、「結腸の悪性新生物」「気管支、肺の悪性新生物」「その他の心疾患」「脳内出血」「脳梗塞」となっています。

また、外来で県平均より医療費の高い疾患は、「胃の悪性新生物」「結腸の悪性新生物」「気管支、肺の悪性新生物」「虚血性心疾患」「腎不全」「糖尿病」となっており、健康課題を抱える人が多いことが考えられます。(図 6 - 1、6 - 2)

図 6-1 令和元年度 1 人当たり医療費(入院)

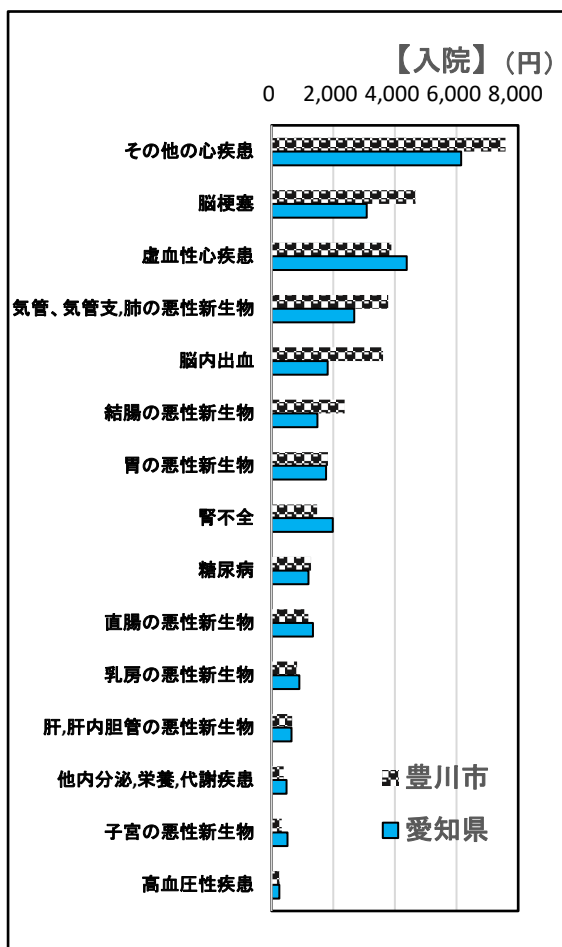
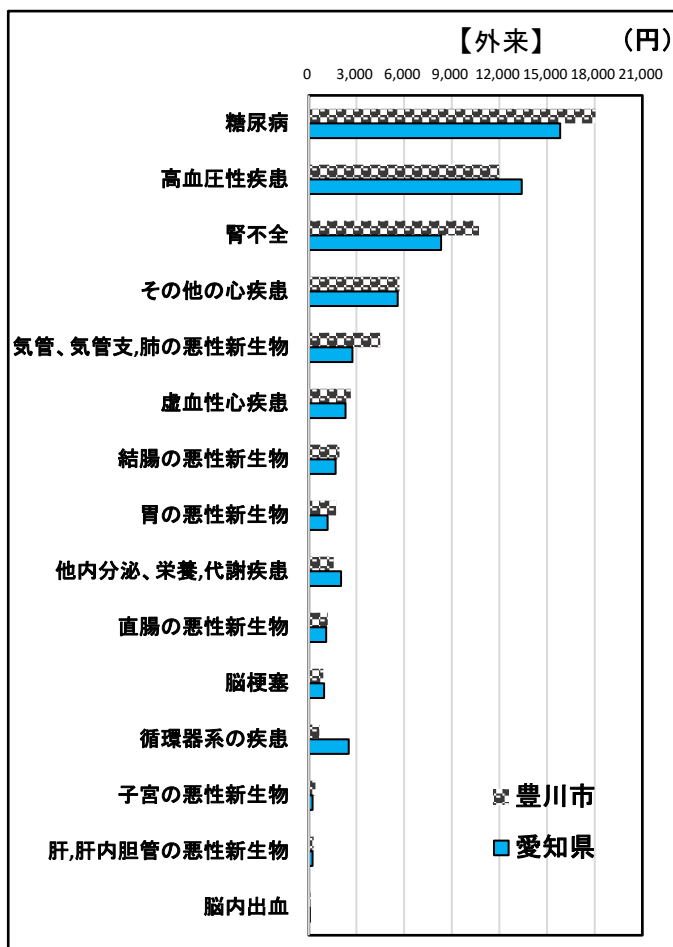


図 6-2 令和元年度 1 人当たり医療費(外来)



(6) 標準化死亡比※6 (生活習慣病)

計算上の死亡数と実際に観察された死亡数を比較する指標である「標準化死亡比」を基に、生活習慣病関連疾患を県平均との比較をしました。男性は、「腎不全」「くも膜下出血」「脳梗塞」「脳内出血」「高血圧」が高い傾向にあります。女性は、「くも膜下出血」「腎不全」「脳梗塞」「脳血管疾患」「心不全」「高血圧性疾患」が高い傾向にあります。(図 7-1、7-2)

※6 標準化死亡比(ベイズ推定値)

基準死亡率(人口10万対の死亡率)を対象地区に当てはめた場合に、計算により求められる死亡数と実際に観察された死亡数を比較するものです。全国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は全国平均より死亡率が多いと判断されます。ベイズ推定値は、地域間比較や経年比較に耐え得るように、より安定性の高い指標を求めるため、出現数の少なさに起因する偶然変動の影響を減少させた推定値です。

図 7 - 1 標準化死亡比〈生活習慣病〉（男性）
（平成 26 年度から平成 30 年度）

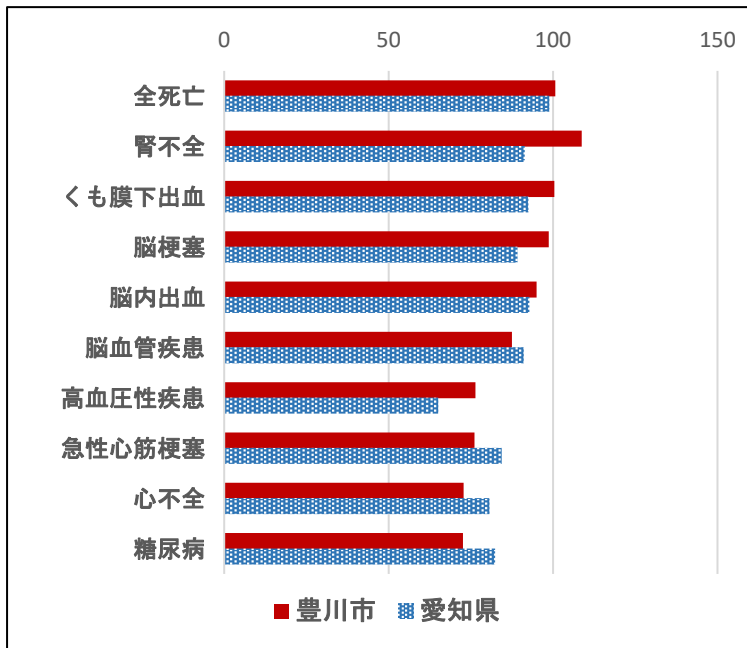
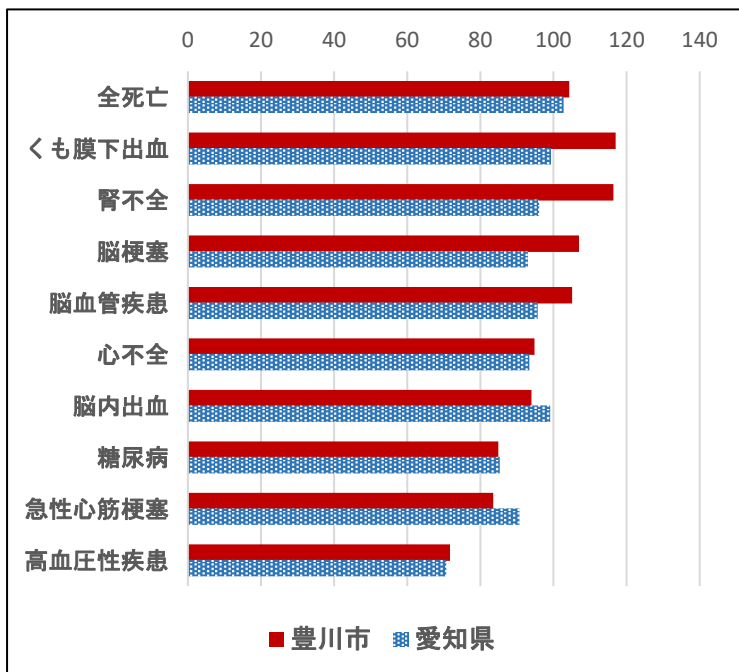


図 7 - 2 標準化死亡比〈生活習慣病〉（女性）
（平成 26 年度から平成 30 年度）



(7) 標準化死亡比〈悪性新生物〉

標準化死亡比を基に、悪性新生物を県平均との比較でみると、男性は、「前立腺」「胃」「肝及び肝内胆管」が高い傾向にあります。女性は、「胃」「肝及び肝内胆管」「肺」「子宮」の死亡率が高い傾向にあります。（図8-1、8-2）

図8-1 標準化死亡比〈悪性新生物〉（男性）

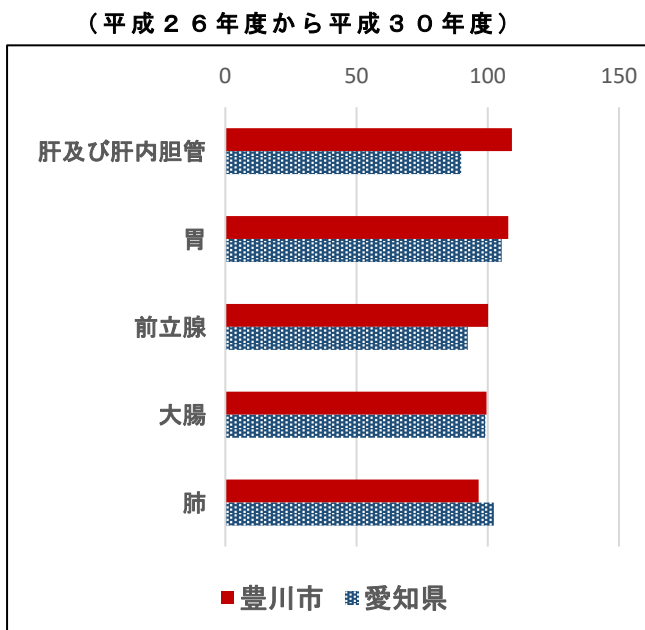
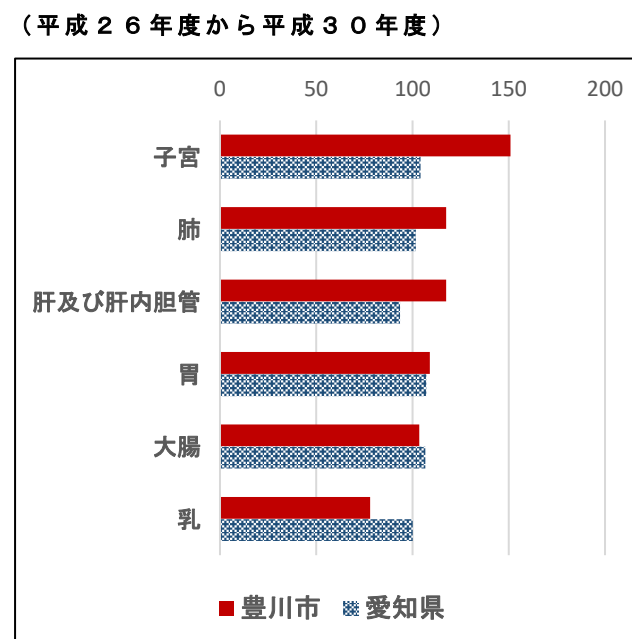


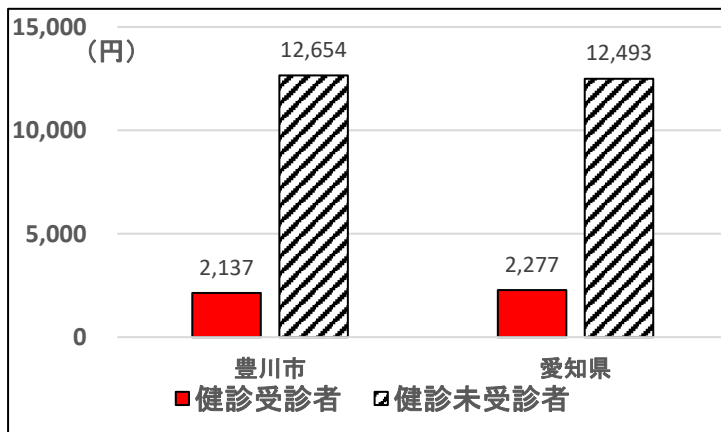
図8-2 標準化死亡比〈悪性新生物〉（女性）



(8) 健診受診者と未受診者の1人当たり医療費比較

健診受診者と健診未受診者の1人当たり平均医療費を比較すると、未受診者は健診受診者の約6倍となっています。(図9)

図9 令和元年度 健診受診者と未受診者の1人当たり平均年間医療費比較



2 健康課題

平成30年度に本計画を策定した際に、健診、医療、介護情報等の分析に基づき、介入により予防が可能で、かつ優先度の高い健康課題として、下記の3つを掲げて取り組んできました。

【課題1】

特定健診の受診率、継続受診率が低く、自分の健康状態を把握できず、生活習慣病のリスクを抱える人が放置されている可能性が高い。

【課題2】

健診結果から、若年世代から血糖値が高く、年々数値の高い人の割合が増えている。夕食後に間食をしている者が県平均より高く、食習慣の問題が疑われる。

【課題3】

虚血性心疾患、脳内出血、脳梗塞、腎不全の入院1人当たり費用額が高く重症化してからの受診で高額な医療費につながっていることが疑われる。

3 これまで取り組んだ施策

上記の課題に対して、平成30年度から令和2年度まで、次のとおり、課題解決に向けた施策を実施しました。

(1) 健診受診率向上のための施策

生活習慣病リスクのある対象者のうち、毎年の健診受診につながっていない被保険者を掘り起こし、健診受診につなげるために、年代や地区別に対応するなど、工夫して受診勧奨を行いました。また、会社等を退職後に、社会保険から国保に移行した被保険者に対し、継続した健診受診につながるような啓発事業を実施しました。さらに、ポピュレーションアプローチとして、保健センターが実施する「健幸マイレージ事業」を有効に活用し、市民全体の健康づくりの底上げを図りました。

事業名	内 容	アウト プット (実績)	アウトカム (成果)
電話による 特定健診受 診勧奨	目 的：特定健診受診促進 対象者：4月に新規に国保加入した未 受診者 時 期：11月～1月 内 容：電話による受診勧奨及び未受 診理由の把握	対 象 者 へ の 実 施 率	・ 勧奨対象 者の受診率
はがきによ る特定健診 受診勧奨	目 的：特定健診受診促進 対象者：4月に受診券発行した後、未 受診の者 内 容：前期集団健診実施後に、はが きによる受診勧奨を年2回実 施	勧 奨 は 送 付 数	・ ハガキを 送付した人 の特定健診 受診率の増 加 ・ 継続受診 率の増加
早期 介入事業	目 的：若年世代から自分の健康状態を 把握し、健診受診の必要性を認 識し、自ら受診行動ができる。 対象者：30歳代の国保被保険者 内 容：健診の受診方法について郵送で 情報提供、受診勧奨を行う。ま た、健診結果が保健指導対象者 である場合、手紙または電話で 保健指導を実施する。	実 施 事 業 所 数	・ 30歳代 以上の特定健 診受診率増 加 ・ 継続受診 率の増加

事業所出前講座	<p>目的：健康意識の啓発、退職後の健康づくりの周知</p> <p>対象者：退職前の事業所職員</p> <p>周知方法：東三河南部医療圏地域・職域連携推進協議会を活用して企業に協力依頼</p> <p>内容：退職後の健康管理、健診の重要性についての健教育を実施</p>	実施事業所数	新規加入60歳代以降の特定健診受診率増加
健幸マイレージ事業	<p>目的：市民が気軽に健康づくりに取り組み、良好な生活習慣を継続できるよう支援する。</p> <p>対象者：18歳以上の在住・在勤者</p> <p>周知方法：広報、ホームページ、各公共施設、健診・各保健事業会場、企業・商工会へ周知</p> <p>内容：健康づくりに取り組み、ポイントをためることで、協力店でサービスを受けることができる。</p>	マイレージ事業参加者数	健診受診者及び保健事業参加者の増加

(2) ヘモグロビンA1c啓発事業（ポピュレーションアプローチ）

本市では糖尿病予備群が多いことを広く市民に周知啓発を行い、また自分のヘモグロビンA1cを把握し、生活習慣を見直す機会となるように、「豊川市糖尿病対策プロジェクト」が市民への啓発を行い、ヘモグロビンA1cの有所見者率の減少を目指しました。

事業名	内 容	アウトプット (実績)	アウトカム (成果)
糖尿病予防対策プロジェクトによる普及啓発	対象者：一般市民	集団健診受診者への実施率	結果相談会参加者の次年度の健診結果改善率
特定健診受診者への普及啓発	<p>対象者：特定健診受診者</p> <p>周知方法：健診当日に媒体等で周知健診結果通知に同封し周知</p>	周知者数	特定健診集団健診受診者でヘモグロビンA1cを知って

			いる人の割合の増加
介護高齢課 事業参加者 への啓発	対象者：65歳これから講座参加者 介護予防教室参加者 周知方法：教室内での周知	周知者 数	健康づくり に何も意識 していない 人の減少 (市民意識 調査)

(3) 重症化予防のための施策（ハイリスクアプローチ）

疾病の重症化を予防するため、健診受診の結果受診勧奨判定値以上の者への受診勧奨の強化、保健指導実施率の向上を図るための事業を実施しました。また、血圧、糖尿病の治療中であるが、数値が改善しない、若しくは悪化している人への保健指導を実施しました。

事業名	内 容	アウト プット (実績)	アウトカム (成果)
特定健診受診者フォローアップ	目的：重症化予防対象者：特定健診の結果、血圧・血糖で受診勧奨判定値以上の者 内容：電話、家庭訪問による受診勧奨	受診勧奨対象者への実施率	受診勧奨者の医療機関受診率増加
特定健診受診者結果説明	目的：特定健診受診者が健診結果を理解し、自分の健康管理に役立て、適切な保健行動がとれる。 対象者：特定健診集団健診受診者 内容：健診当日に検査値の見方を個別に説明	特定健診集団受診者への実施率	特定健診集団健診で結果説明した者でヘモグロビンA1c 有所見者の減少率
健診結果相談会	目的：特定健診受診者が健診結果を理解し、自分の健康管理に役立て、適切な保健行動がとれる。 対象者：特定健診集団受診者（基本健診受診者含） 周知方法：健診結果通知時に案内送付 内容：個別相談・集団指導	集団健診受診者への実施率	結果相談会参加者の健診結果改善率

<p>糖尿病性腎症 重症化予防事業</p>	<p>目的：糖尿病が強く疑われる者や糖尿病を有する者のうち重症化リスクの高い者の健康保持増進を図る。</p> <p>対象者：特定健診の結果、①～③いずれにも該当する者</p> <p>①ヘモグロビンA1c 6.5%以上</p> <p>②尿蛋白(+)以上</p> <p>③医療機関で糖尿病未治療の者</p> <p>実施方法：①訪問による受診勧奨 ②主治医の了解のもとによる保健指導</p>	<p>対象者 への実 施率</p>	<p>糖尿病未 治療者の減 少</p> <p>1人あた り医療費腎 臓疾患の減 少</p>
<p>糖尿病・高血 糖予防講演会</p>	<p>目的：糖尿病や血糖に関する理解を深め、生活習慣の改善に自ら取り組める。</p> <p>対象者：特定健診結果要指導判定値以上の者及び希望者</p> <p>周知方法：広報、集団健診結果通知に案内同封</p> <p>内容：医師による講演会</p>	<p>参加者 数</p>	<p>参加者の 次年度の健 診結果改善 率(健診受 診者のみ)</p>
<p>糖尿病予防 ゼミナール</p>	<p>目的：糖尿病や血糖に関する理解を深め、生活習慣の改善に自ら取り組める。</p> <p>対象者：特定健診結果要指導判定値以上の者(ヘモグロビンA1c 5.6以上)及び希望者</p> <p>周知方法：広報、ホームページ、糖尿病予備群への個別勧奨案内送付</p> <p>内容：保健師、管理栄養士、運動指導士による集団教育</p>	<p>参加者 数</p>	<p>参加者の 次年度の健 診結果改善 率</p>

第3章 特定健診等の実施状況と評価

1 本計画策定時に掲げた目標

(1) 目的

若年世代から健康意識を高め、被保険者が健診受診の必要性を認識することにより、自ら受診行動を起こし、健診結果に応じた保健行動をとることができるようにします。

(2) 令和5年度までの中長期目標

虚血性心疾患、脳内出血、脳梗塞、腎不全の入院1人あたり費用額を県と同水準にします。

(3) 中長期目標を達成するための毎年度目標

① 特定健診

- ・ 特定健診受診率を上げる。
- ・ 5年継続受診率を前年度より上げる。

② 特定健診フォローアップ（受診勧奨）

- ・ 医療機関を受診していない方のうち、受診を促した者の50%が医療機関を受診する。

③ 特定健診受診者結果説明

- ・ ヘモグロビンA1cの有所見者割合が減少する。
- ・ 夕食後の間食をする割合が前年度より減少する。

④ 特定保健指導

- ・ 特定保健指導利用率を前年度より上げる。
- ・ 特定保健指導利用による特定保健指導減少率を前年度より上げる。

2 毎年度目標に対する実施状況

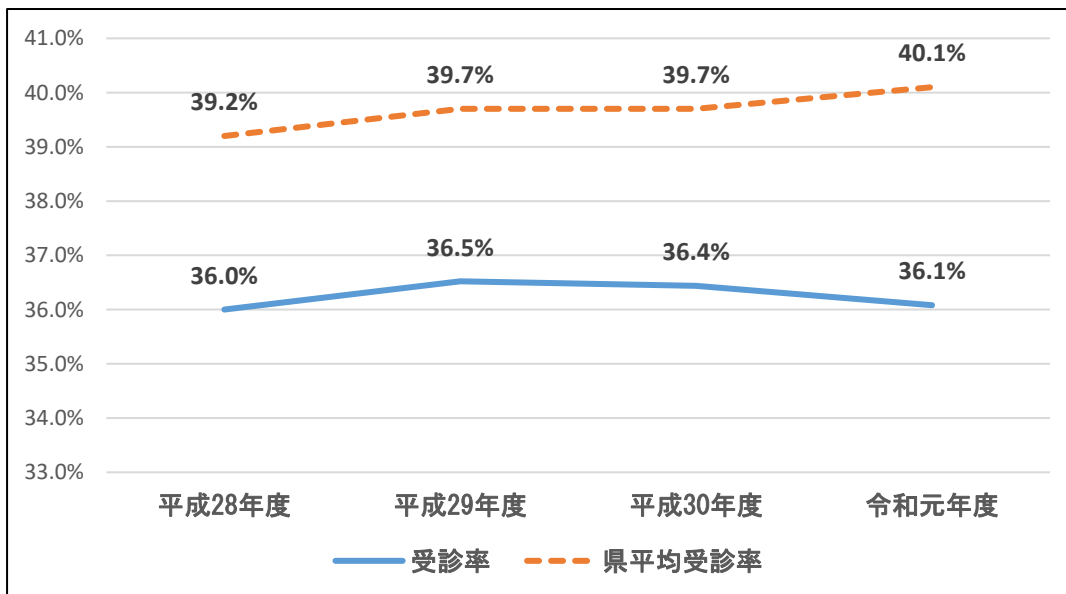
中長期目標である「虚血性心疾患、脳内出血、脳梗塞、腎不全の入院1人あたり費用額を県と同水準にします」の達成について、保健事業の毎年度目標に対する実施状況は、下記のとおりです。

(1) 特定健診

① 特定健診受診率

県平均受診率は緩やかに増加していますが、本市の受診率は、平成29年度をピークに緩やかに減少しています。受診率向上を目指した対策の実施が必要と考えられます。（図10）

図10 特定健診受診率推移



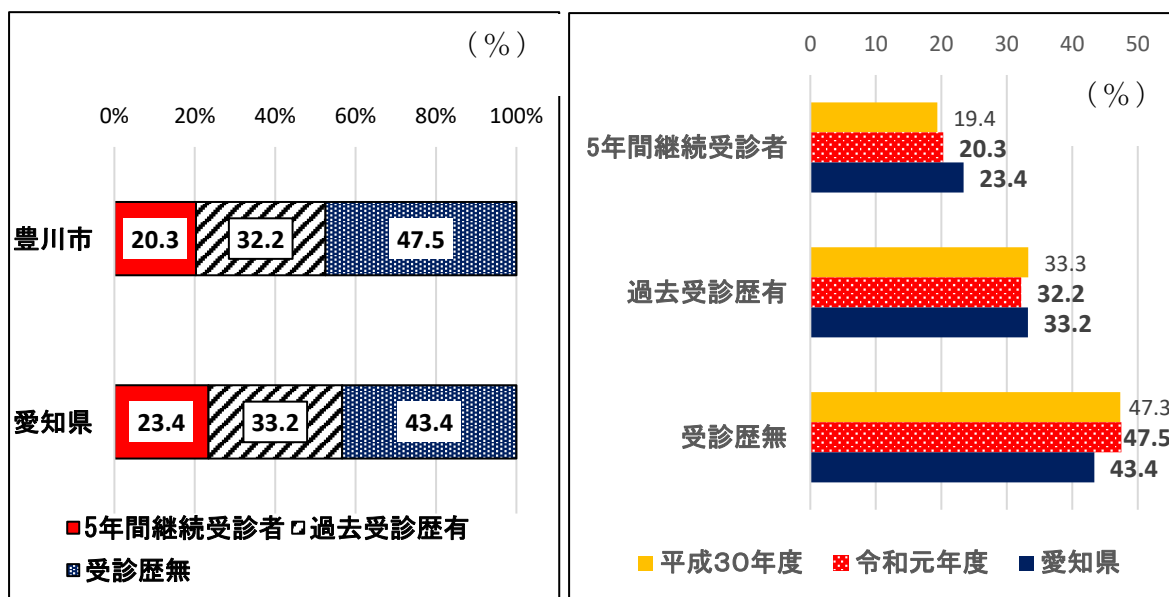
② 特定健診5年間継続受診率

特定健診の5年間継続受診率を県平均と比較すると、本市の割合は県平均よりも低く、受診歴無しの割合は県平均よりも高い状況となっています。ただし、本市の継続受診率の推移をみると、5年間継続受診率が増加傾向にあり、受診歴無の割合は、横這いとなっています。（図11-1、11-2）

図 1 1 - 1 5年継続受診状況県比較

図 1 1 - 2 5年継続受診率推移

※ 5年間継続受診率：平成27年度から令和元年度まで



③ 年齢別特定健診受診率

40歳代をみると、男性は横這いですが、女性は、40歳から44歳では増加傾向となっています。一方で、55歳以降は男女共に総じて減少傾向にあると言えます。（図1.2-1、1.2-2）

図 1 2 - 1 年齢別特定健診受診率推移（男性）

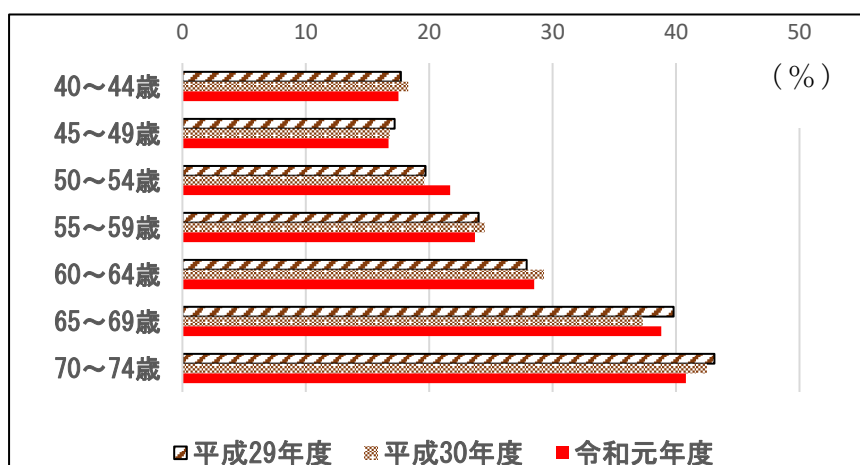
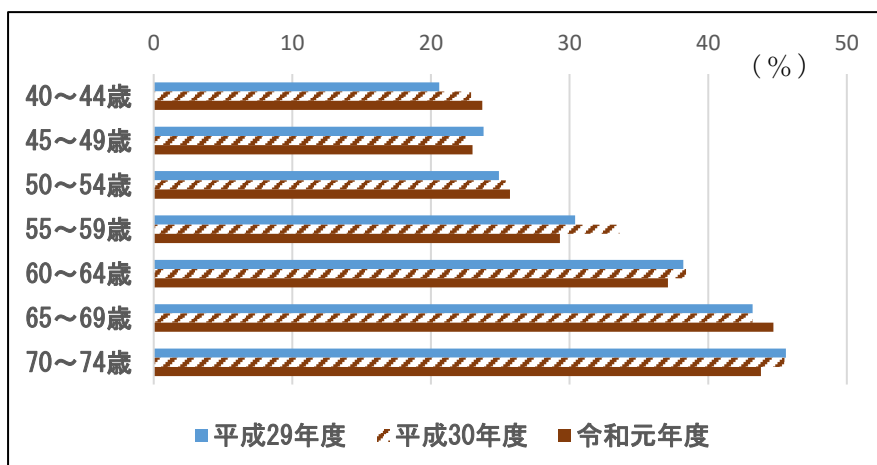


図 1 2 - 2 年齢別特定健診受診率推移（女性）

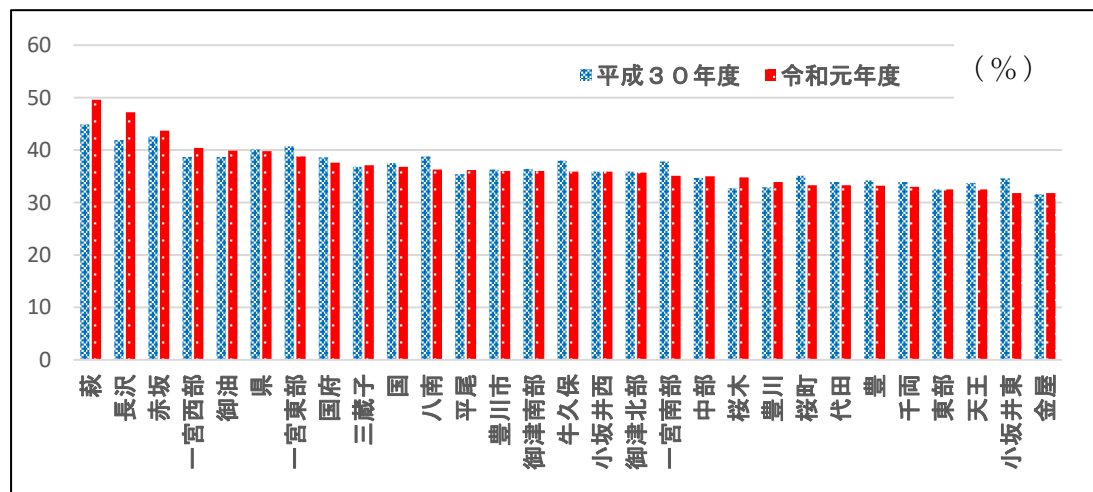


④ 地区別特定健診受診率

平成30年度、令和元年度の2年間における平均受診率が低い地区は、金屋、小坂井東、天王、東部となっています。また、受診率が高い地区は、萩、長沢、赤坂、一宮西部となっています。

(図 1 3)

図 1 3 令和元年度 小学校区別受診率状況



(2) 特定健診フォローアップ

ヘモグロビンA1c、血圧が受診勧奨判定値以上で、医療機関に受診していない方に、電話による受診勧奨を実施してきました。しかし、電話が繋がらない、本人に繋がらないなどの件数も多く、具体的

な効果測定の数値はないものの、効率が悪いため、令和2年度から、はがきによる受診勧奨に方法を変更して実施しています。令和2年度以降、はがきでの受診勧奨効果を評価していきます。

(3) 特定健診受診者結果説明

集団健診受診者が健診結果を理解し、自分の生活習慣を見直す機会となるように、健診当日に、検査値の見方、生活習慣予防のための生活習慣について保健指導を実施しました。

① 特定健診質問票からみる生活習慣の状況

特定健診時には、質問票に、服薬状況や生活習慣などの状況を記載することが必須となっており、その回答内容から被保険者の傾向について把握することができます。

質問票を経年比較で見ると、「脂質異常症服薬中」「20歳時体重から10kg以上増加」「食事速度速い」「就寝の2時間以内に夕食摂取」と回答した人が増加傾向とあります。また、県平均と比較すると、「1日1時間以上の身体活動あり」「3食以外の間食が時々」「歩行速度が遅い」と回答した人が多くなっています。

(図14、15)

図 1 4 特定健診質問票からの生活習慣推移

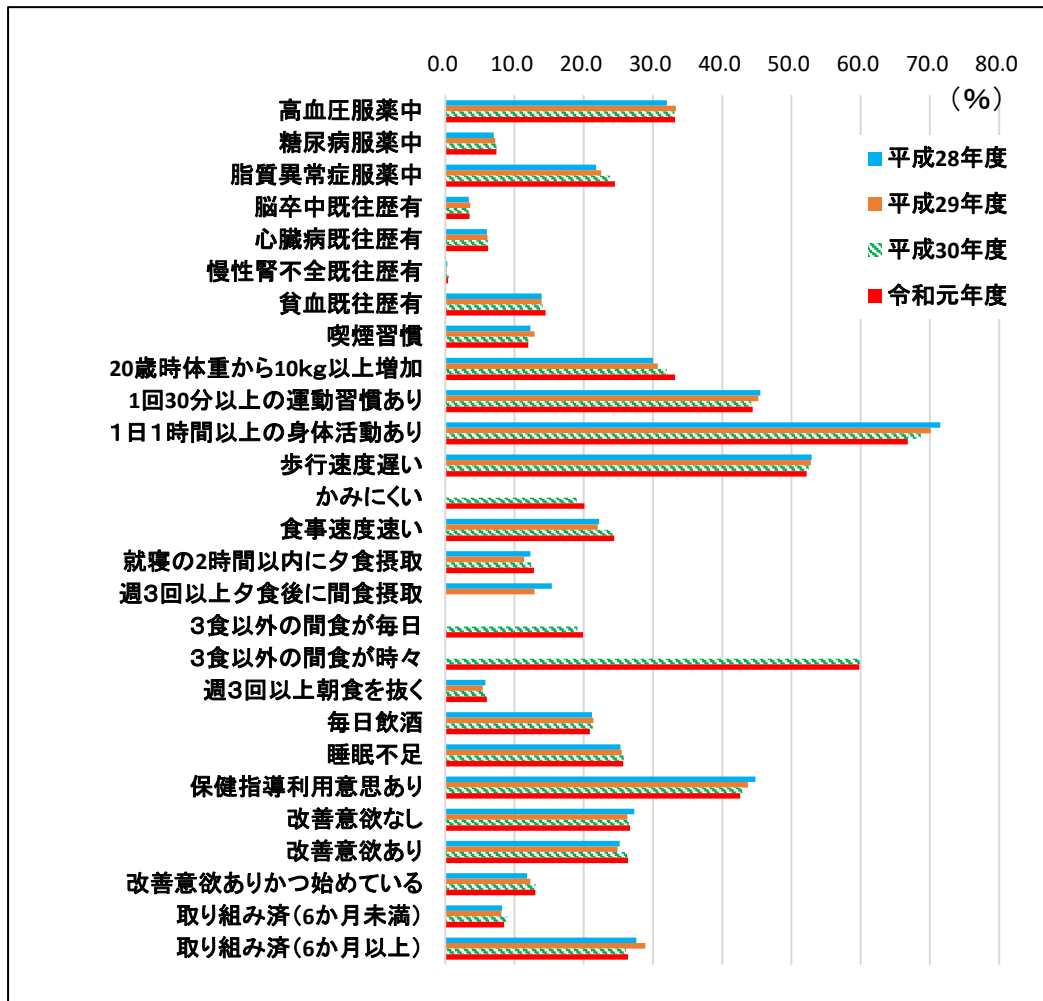
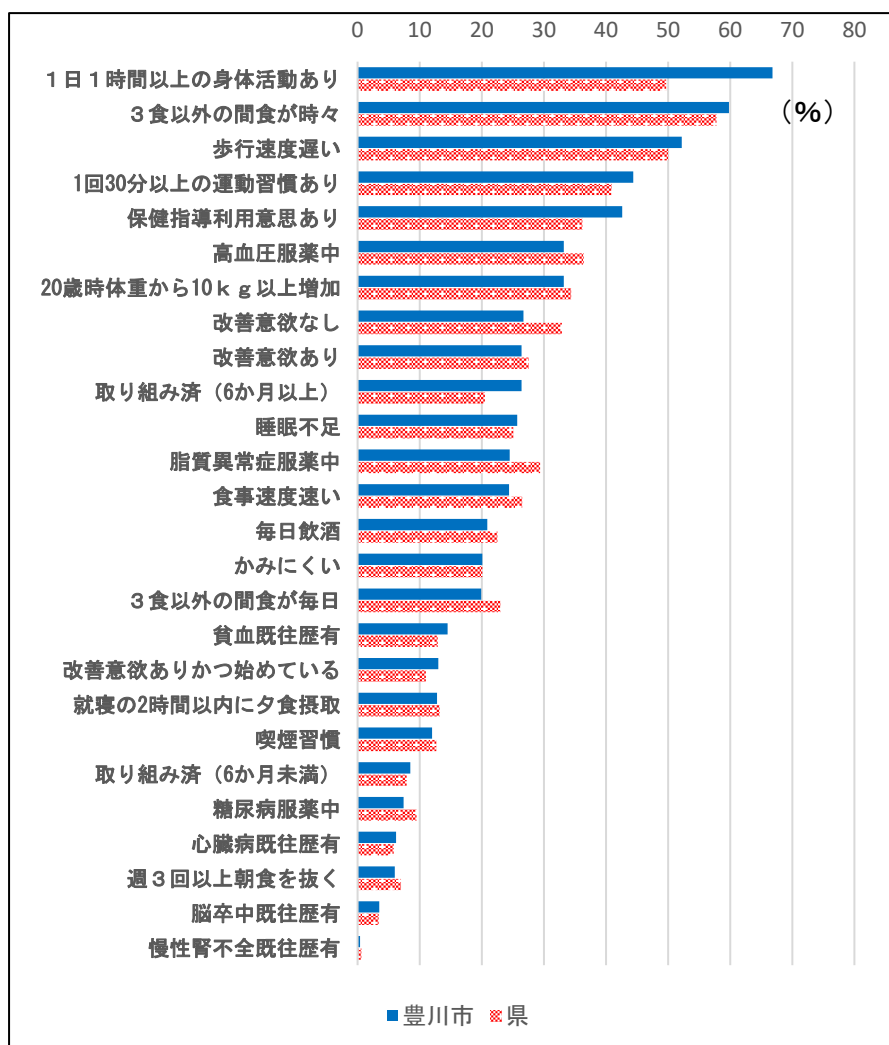


図 1 5 令和元年度 特定健診質問票からの生活習慣 県との比較



② 特定健診結果の有所見者状況

ヘモグロビンA1cの有所見者率は、平成29年度に大幅に減少して以降、横這いで推移しています。BMI、腹囲、拡張期血圧については、それぞれ微増傾向となっています(図16)。また、県平均より高い傾向にあるのは、「LDLコレステロール(下の血圧)」 「拡張期血圧(悪玉コレステロール)」となっています(図17)。非肥満高血糖の有所見者率の状況から見ると、平成29年度には大幅に減少していますが、県平均よりはまだ高い状況です(図18)。

図 1 6 平成 2 8 年度から令和元年度までの有所見者率の推移

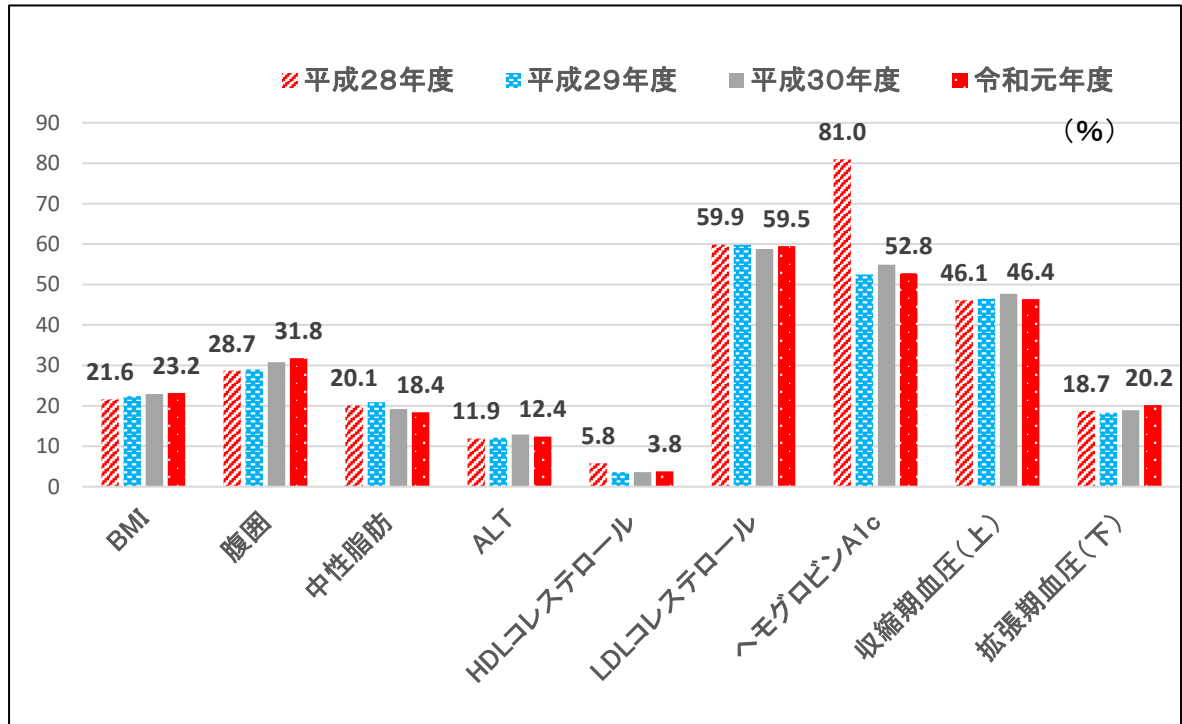


図 1 7 令和元年度 有所見者割合の県との比較

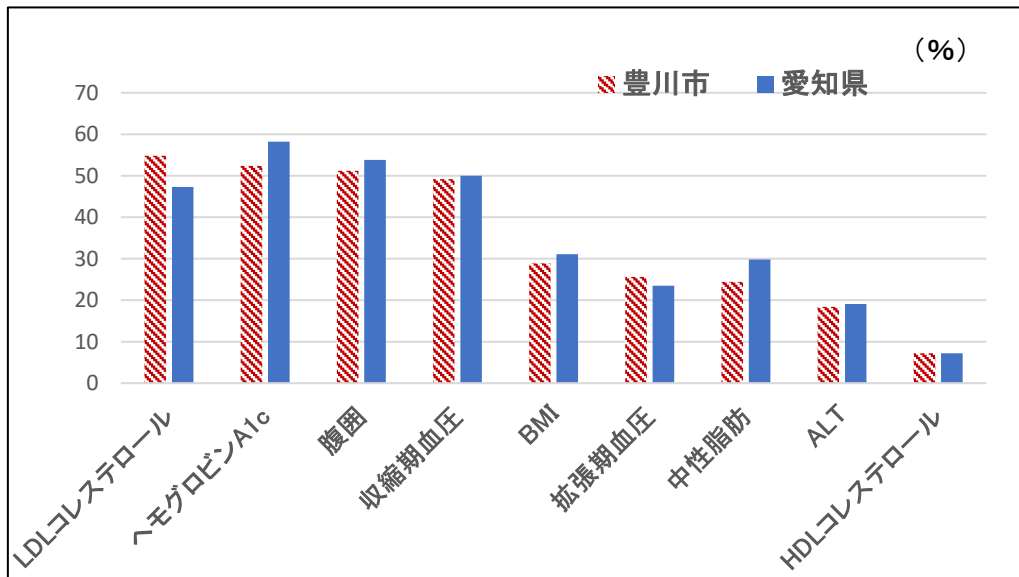
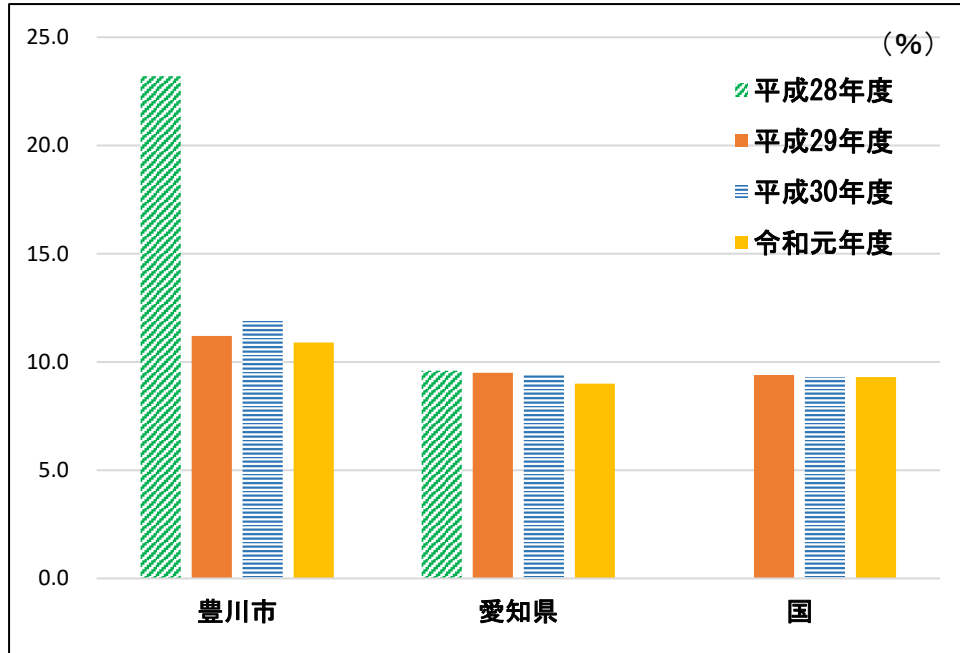


図 1 8 令和元年度 非肥満高血糖の有所見者率の状況



(4) 特定保健指導

① 特定保健指導実施状況

積極的支援及び動機づけ支援を併せた特定保健指導終了率の推移をみると、県平均では、平成29年度から増加傾向であるのに対し、本市では減少傾向となっています。特定保健指導対象者率は、積極的、動機づけとも横這いとなっていますが、利用率は、積極的、動機づけ、ともに減少しています。

(表2、図19、20-1、20-2、20-3)

表2 特定保健指導実施状況

(人)

	積極的支援			動機づけ支援		
	H29	H30	R1	H29	H30	R1
対象者数	253	251	224	921	912	950
対象者率	2.5	2.6	2.3	9.0	9.4	9.6
利用者数	18	24	20	139	114	149
利用率	9.6	7.1	3.3	12.5	15.1	9.4

図 19 特定保健指導終了率推移 (%)

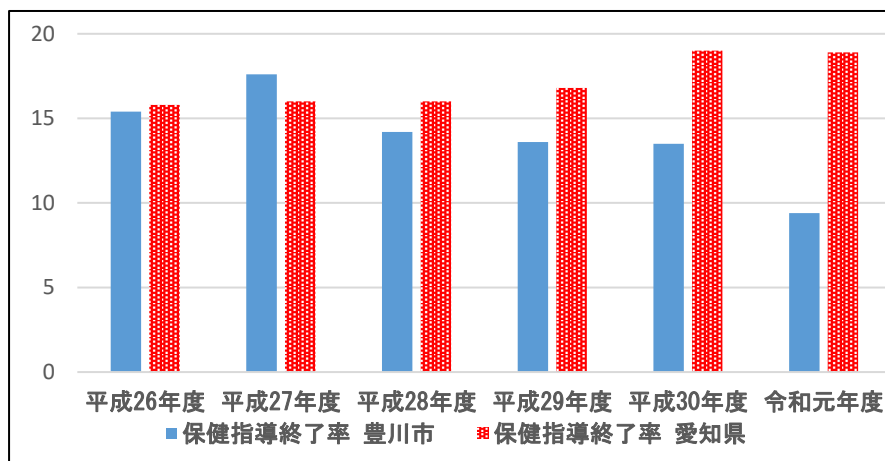


図 20-1 積極的支援 (%)

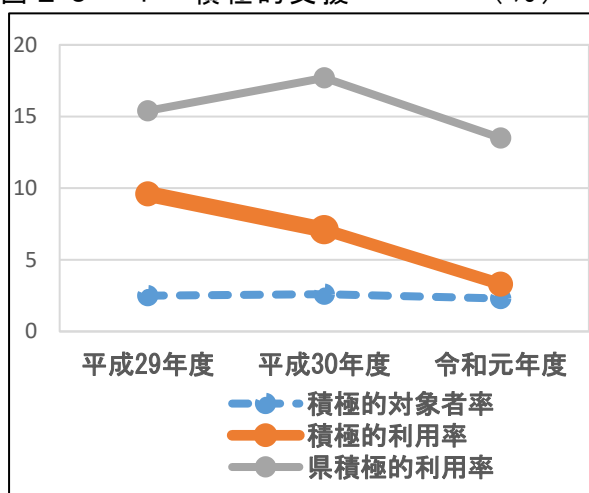


図 20-2 動機づけ支援 (%)

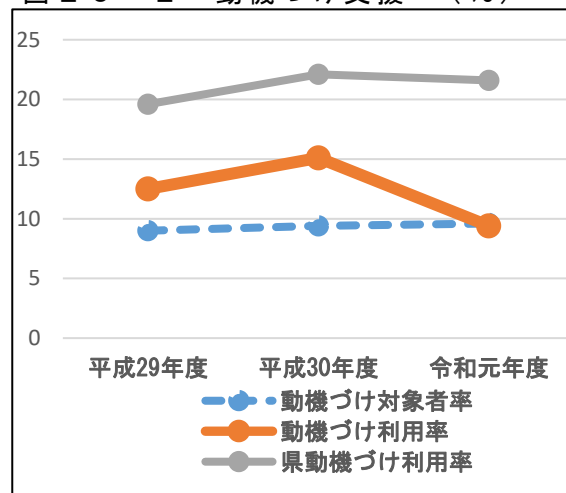
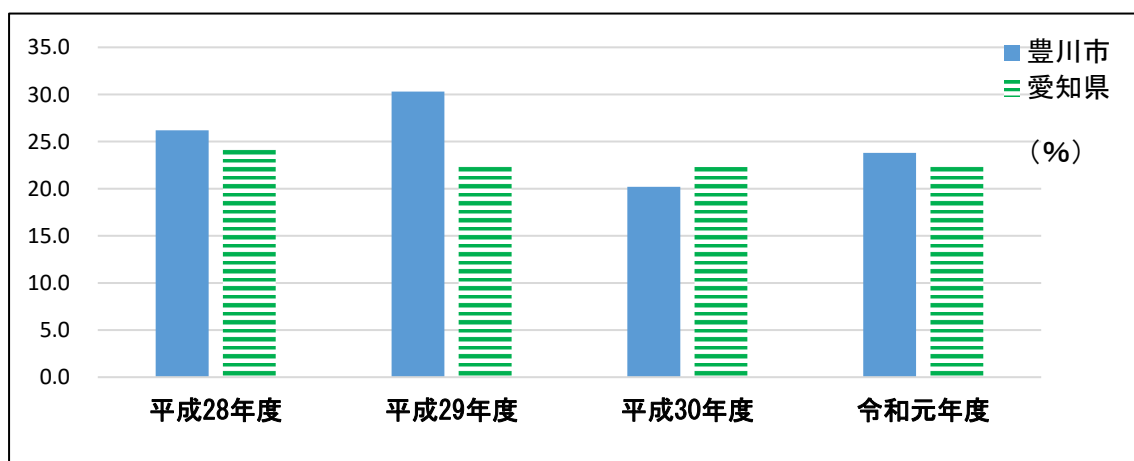


図 20-3 令和元年度特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率



3 中長期目標の達成状況と評価

○虚血性心疾患、脳内出血、脳梗塞、腎不全の入院1人あたり医療費を県と同水準を目指す。

目標であった1人あたり医療費の動向は、虚血性心疾患、腎不全は県平均より低い状況となっていますが、脳梗塞、脳内出血は県平均より高い状況となっています。次に、1人あたり医療費（大分類）をみると、入院、外来ともに、虚血性心疾患を含む循環器疾患が、増加傾向にあります。県平均と比較すると、入院での「循環器疾患」が高い状況となっています。

また、死亡率を全国平均と比較することのできる「標準化死亡比」（図7-1、7-2）をみると、本市は、男女ともに、「脳内出血」「脳梗塞」「腎不全」が高い状況です。したがって、目標の到達には至っておらず、継続した取り組みが必要であると考えます。

4 毎年度目標の達成状況と評価

これまでの評価は、以下のとおりです。なお、数値評価については、資料1「データヘルス計画全体評価」、各施策事業の数値評価については資料2「データヘルス計画中間評価（保健事業ごとの評価）」に記載しました。

（1）特定健診

①特定健診受診率を上げる

県平均の特定健診受診率は緩やかに増加傾向ですが、本市は、平成29年度をピークに減少傾向となっているため、今後は、受診したことのない「健康への無関心層」「60歳以上」などのターゲットに合せた受診勧奨などの対策が必要です。

②5年継続受診率を前年度より上げる

本市における5年間継続受診率が緩やかに増加していますので、「健診は毎年受診する」ということが根付いていくように啓発を行い、受診勧奨も継続することが重要です。

(2) 特定健診受診者フォローアップ

○受診を促した者のうち50%の医療機関受診ができている

ヘモグロビンA1c、血圧が受診勧奨判定値以上で、医療機関に受診していない方に、電話による受診勧奨を実施してきましたが、今後は、はがきによる受診勧奨を実施し、重症化する前に、適切な医療につなぐことが必要です。

(3) 特定健診受診者結果説明

①事業実施者のヘモグロビンA1cの有所見者割合、夕食後の間食の割合が前年度より減少する。

有所見者割合の推移は、平成29年度以降、減少し改善しています。しかし、拡張期血圧(下の血圧)、LDLコレステロール(悪玉コレステロール)が増加傾向で、県平均より高いことがわかります。高血圧や高脂血症は糖尿病と同様に動脈硬化いわゆる血管を傷つける要因となるため、ヘモグロビンA1cとともに、動脈硬化重症化予防のための啓発が必要です。

②夕食後の間食の割合が前年度より減少する

「夕食後に間食をすることがある」という質問票項目から、「3食以外に間食をすることがある」に変更されています。「時々」と答える方が多く、適切な間食の時間や何を間食で食べるかなど自ら適切な習慣に近づけることができるような啓発が必要です。

(4) 特定保健指導

①特定保健指導利用率を前年度より上げる

特定保健指導終了率は、県平均より低く、県が増加傾向にあるのに対し、本市は減少しています。今後、より魅力的で効果的、効率的な方法の工夫が必要です。

②特定保健指導利用により特定保健指導減少率を前年度より上げる

本市の特定保健指導減少率推移は、上がり続けてはいないものの県平均よりは高い状況です。より多くの対象者が特定保健指導の利用につながるよう工夫が必要です。

第4章 今後の取り組み（計画の見直し）

1 受診率向上のための施策

年齢層や健康への無関心層などのターゲットに合わせた受診勧奨、また魅力的な健診やインセンティブな施策など、ナッジ理論（※7）に基づいて、行動変容が自らできるような工夫を考えていくことが必要であると考えます。また、受診した方が毎年の受診行動につながるよう、継続受診の必要性についても啓発が必要です。

具体的には、健康への無関心層の対象者が、受けてみようかなと行動に結びつくような受診勧奨はがきの記載内容の工夫を実施します。また、60歳以上の受診率向上のため、国民健康保険加入時に健診案内を追加するなどターゲットの年齢層に伝わるような啓発を実施します。

今後、コロナ禍での感染のリスクを考慮して、市内の狭い会場での集団健診から広い会場への転換や、消毒など人員体制の拡充、また、できるだけ医療機関健診へ移行していくことも必要と考えます。

※7 ナッジ理論

「ナッジ(nudge)」は、直訳すると「ひじで軽く突く」という意味で、行動経済学や行動科学分野で考案された人々が強制によってではなく、自発的に望ましい行動を選択するよう促す仕掛けや手法を示す用語として用いられている。ナッジ理論とは、選択肢をうまく設計・配置することによって、人の背中を押すように、人々に適切な選択をさせることやその手法を指す。

2 啓発（ポピュレーションアプローチ）

ヘモグロビンA1cに関する継続した啓発とともに、睡眠前2時間以内の夕食摂取、適切な間食の食べ方などの生活習慣も含めて、啓発していくことが必要であると考えます。具体的には、健診会場での啓発媒体を活用し啓発、またライフステージに応じた市民全体の健康づくりを目的として、保健センターと連携した啓発をします。

3 重症化予防（ハイリスクアプローチ）

（1）生活習慣病予防の施策

特定保健指導の対象者数が横ばいの状況にある中で、特定保健指導利用率が向上するよう、魅力ある、参加しやすい特定保健指導の展開を考えていく必要があります。なお、コロナ渦での施策展開、いわゆる、集団でのポピュレーションアプローチが実施しにくい状況の中で、動画配信など、現在のニーズにあわせた事業展開も必要であると考えます。

（2）糖尿病性腎症重症化予防

腎不全の医療費減少、死亡率の減少に向けて、糖尿病性腎症重症化予防の取り組みも強化していく必要があります。医療機関と連携した受診勧奨、また主治医と連携したより個別に合った保健指導を実施します。

4 新規事業

（1）非肥満高血糖予防対策（追加）

本市では、平成29年度以降、ヘモグロビンA1cが県平均並みに減少していますが、医療費では「腎不全」「脳内出血」「糖尿病」が多い状況であり、長期間、ヘモグロビンA1cの有所見者割合が高かった結果として、循環器疾患の医療費も高い状況です。そのため、継続した糖尿病対策が必要です。

また、非肥満高血糖の有所見者率が県平均より高いため、継続した糖尿病対策を実施する必要があります。このため、肥満でなくてもヘモグロビンA1c値が高くなることもあり、動脈硬化が進んでしまうことがあるため、糖尿病対策に本項目を新たに追加し、積極的に啓発していくことが必要と考えます。

（2）動脈硬化重症化対策

動脈硬化の危険因子について、ヘモグロビンA1cのみでなく、血圧、LDLコレステロールの有所見者率が県平均より高く、増加傾向

にあります。したがって、血管の老化を防ぐ要因も視野にいたした施策が必要であると考えられます。

ヘモグロビンA1cを重点的に啓発してきましたが、さらに血管を傷つける要因である血圧、コレステロールもあわせてみる必要があることを追加します。

また、自覚症状がなくても、動脈硬化の要因が長期間続くことにより、虚血性心疾患などの循環器疾患を引き起こすリスクがあります。そのため、「血管をいたわる生活習慣」「動脈硬化のリスクは早く下げる」をキーワードに、啓発、保健指導を実施します。

(3) 高齢者フレイル（虚弱）対策事業（※8）

令和3年度からの「豊川市高齢者フレイル（虚弱）対策事業」（以下「フレイル対策事業」という。）の本格実施に向けて、国民健康保険、後期高齢者医療、介護予防及び保健事業の各部門が相互に連携し、一体的に実施していくこととなっています。このため、高齢者を取り巻く現状を把握し、本市における健康課題を明確にすることが必要となっています。

本市の後期高齢者の現状として、後期高齢者医療健診時の質問票での回答によると、運動習慣が県平均に比較し高い状況にありながら、「歩行速度が遅くなった」と答える人が県平均より多く、「かみにくいことがある」と答える人も県平均並みとなっています。

今後、フレイル対策事業を進めていくにあたり、75歳以上の後期高齢者になる前の段階、70歳前後の国保被保険者の段階から、フレイル予防を念頭に入れて進めていく必要があります。

具体的な施策は次のとおりです。

- ① メタボリックシンドローム予防からフレイル予防までの視点を踏まえて、集団健診の会場での保健指導の実施を継続します。介護高齢課が実施する「フレイル予防教室」につなぐことで、よりきめ細かい、被保険者毎の状況に合わせた保健指導が実施し、介護状態にできるだけならないように支援します。

- ② 40歳から64歳までは、メタボリックシンドローム予防、糖尿病予防、動脈硬化重症化予防を重点的に指導し、65歳から74歳までは、フレイル予防の視点も含めた保健指導を進めていきます。
- ③ 特定保健指導の対象に75歳以上80歳未満の後期高齢者を追加した上で、継続した指導を実施し、フレイル対策と重症化予防を視点として、より質の高い保健指導を実施します。

※8 フレイル、フレイル対策

フレイルとは、心身の活力（運動機能や認知機能）が低下した状態で、健康と要介護の中間で、すぐ疲れてしまうなどのいわゆる老化現象といわれている状態のことを言います。この段階で適切な介入をすることで、健康な状態に戻ることができると言われていています。

また、フレイル対策とは、医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第9号）の規定に基づき、健康寿命の延伸を目指し、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施していくこととなっています。